

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em
Trabalhadores de Saúde que Trabalhem em
Serviços de Ambulatório, de um Hospital Central
de Lisboa

Sílvia Saramago Paiva

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária
Relatório de Estágio

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em
Trabalhadores de Saúde que Trabalhem em Serviços
de Ambulatório, de um Hospital Central de Lisboa


Sílvia Saramago Paiva

Orientador (a): Prof Dr^a Maria Fátima Moreira Rodrigues

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Se queremos progredir, não devemos repetir a história,
mas fazer uma história nova”*

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente à minha mãe e namorado, por todo o apoio e palavras de incentivo e suporte, desde o início até ao fim. O amor, amizade e carinho com que me brindam diariamente foram, sem dúvida, o combustível necessário para concretizar este objetivo.

À minha chefe por toda a motivação e auxílio prestados ao longo do meu percurso.

Aos meus colegas, que em muitas situações me valeram.

À Prof. Dr^a Maria de Fátima Moreira Rodrigues por toda a ajuda e disponibilidade demonstradas ao longo do curso de mestrado.

À equipa do SSO em especial à Enf^a Isabel Pereira e Graça Temudo, por todo o acolhimento e suporte concedidos, foram sem dúvida uma peça fundamental para o sucesso desta etapa.

Às chefias e trabalhadores de saúde dos serviços de ambulatório, que comigo colaboraram, pela vossa disponibilidade e pelo muito que aprendi convosco.

A todos, o meu sincero e profundo:

Obrigada

RESUMO

O presente Relatório de Estágio insere-se no plano curricular do 8º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e pretende descrever o percurso trilhado nas Unidades Curriculares: Opção II e Estágio com Relatório, desde o planeamento de um projeto de intervenção comunitária até à sua aplicação e respetiva avaliação, de acordo com a metodologia do planeamento em saúde, que é considerado pela Ordem dos Enfermeiros (2010), o método de eleição, tendo em conta o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. O Estágio foi efetuado num Serviço de Saúde Ocupacional de um Hospital Central de Lisboa e, no decorrer do mesmo, foi notório o papel fundamental desempenhado pelos enfermeiros do trabalho, junto da comunidade trabalhadora da instituição, quer fosse na prevenção dos riscos específicos a que estão expostos os trabalhadores como, fundamentalmente, na promoção da saúde.

Ao longo do tempo tem sido evidente o impacto que os estilos de vida assumem na saúde das pessoas e comunidades. As escolhas individuais e coletivas associadas aos hábitos de vida, influem profundamente no nível de saúde e bem-estar das populações. Neste sentido, o projeto centrou-se nos estilos de vida adotados pelos trabalhadores de saúde de dois serviços de ambulatório do referido hospital, onde após a avaliação diagnóstica da situação de saúde dos mesmos, e da respetiva priorização das necessidades – efetuada pelos próprios, se tornou claro que a gestão do *stress* e os mecanismos de *coping* adotados pelos profissionais, se encontravam comprometidos em 98,27% dos inquiridos.

Como referencial teórico do projeto adotou-se o Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh & Parsons (2015), que conduziu ao planeamento de estratégias tendo em vista a capacitação dos trabalhadores na resposta à problemática evidenciada, incluindo estratégias “*on job*”: sessões de educação para a saúde, sessões práticas de relaxamento, afixação de *posters* e a distribuição de *pens* com *playlist* de relaxamento, nos serviços.

Palavras-Chave: enfermeiros do trabalho, estilos de vida, promoção da saúde, *stress*.

ABSTRACT

The present Internship Report is part of the curricular plan of the 8th Master's Degree in the area of Specialization in Community Nursing and aims to describe the course in the Curricular Units: Option II and Stage with Report, from the planning of a community intervention project until its application and its evaluation, according to the methodology of health planning, which is considered by the Order of the Nurses (2010), the method of election, taking into account the profile of specific skills of nurse specialist in community nursing. The traineeship was carried out in an Occupational Health Service of a Central Hospital of Lisbon and, during the course, it was well-known the fundamental role played by the work nurses, with the working community of the institution, both in the prevention of the specific risks to which the workers are subjected and, fundamentally, in health promotion.

Over time, the impact that lifestyles have had on the health of people and communities has been evident. The individual and collective choices associated with life habits, profoundly influence the level of health and well-being of populations. In this sense, the project was centered in the lifestyles adopted by the health workers of two outpatient services of the referred hospital where, after the diagnostic evaluation of the health situation of the workers and their prioritization of the needs - it became clear that the management of *stress* and *coping* mechanisms adopted by professionals were compromised in 98.27% of the respondents.

Pender, Murdaugh & Parsons' Health Promotion Model (2015), was adopted as the theoretical reference of the project, which led to the planning of strategies for the training of workers, in response to the problems highlighted, including "*on job*" strategies: health education sessions, practical relaxation sessions, *poster* posting and the distribution of *pens* with a *playlist* of relaxation in services

Keywords: work nurses, lifestyles, health promotion, *stress*.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – *American Psychological Association*

AO – Assistentes Operacionais

AT – Assistentes Técnicos

CH – Centro Hospitalar

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCNT – Doenças Crónicas Não Transmissíveis

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Enfermagem Comunitária

EESC – Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

EpS – Educação para a Saúde

ESPE – Escala de *Stress* Profissional em Enfermeiros

EVF – “Estilo de Vida Fantástico”

FOHNEU – *Federation of Occupational Nurses within the European Union*

HCL – Hospital Central de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

NIOSH – *The National Institute for Occupational Safety and Health*

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCEESC – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

Sd – Sem data

SO – Saúde Ocupacional

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	p.10
1. IMPORTÂNCIA DOS ESTILOS DE VIDA	p.12
1.1 – Estilos de Vida em Contexto de Saúde Ocupacional	p.14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	p.18
2.1 – Modelo de Promoção de Saúde	p.19
3. REVISÃO DA LITERATURA	p.20
3.1 – <i>Scoping Review</i>	p.20
3.1.2 – Estratégia de Pesquisa	p.21
4. METODOLOGIA DO PROJETO	p.22
4.1 – Diagnóstico de Situação de Saúde	p.22
4.1.1 – Contexto de Intervenção	p.23
4.1.2 – População Alvo/Amostra	p.23
4.1.3 – Aspectos Éticos	p.24
4.1.4 – Instrumento de Colheita de Informação	p.25
4.1.5 – Apresentação dos Resultados	p. 26
4.1.6 – Diagnósticos de Enfermagem	p.29
4.2 – Definição de Prioridades	p.30
4.3 – Fixação de Objetivos	p.33
4.4 – Seleção de Estratégias	p.34
4.5 – Preparação Operacional	p.36
5. AVALIAÇÃO DO PROJETO	p.39
SÍNTESE CONCLUSIVA	p.47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p.51

ANEXOS

Anexo I – Modelo Conceptual de Hanasaari

Anexo II – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde

APÊNDICES

Apêndice I – *Prisma Flow Diagram*

Apêndice II – Pedido de autorização para aplicação do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Apêndice III – Pedidos de autorização para participação no estudo, às entidades responsáveis pela tutela dos trabalhadores

Apêndice IV – Consentimento informado

Apêndice V – Questionário Estilo de Vida Fantástico

Apêndice VI – Caracterização sociodemográfica da amostra

Apêndice VII – Gráfico: nível dos estilos de vida da amostra

Apêndice VIII – Gráfico: estilos de vida da amostra por domínio

Apêndice IX – Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores do Serviço A

Apêndice X – Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores do Serviço B

Apêndice XI – Gráfico comparativo do nível dos estilos de vida dos trabalhadores do Serviço A e B

Apêndice XII – Gráfico comparativo dos estilos de vida dos trabalhadores do Serviço A e B por domínio

Apêndice XIII – Gráficos representativos das respostas da amostra às perguntas dos domínios mais afetados

Apêndice XIV – Quadro diagnósticos CIPE (versão 2015)

Apêndice XV – Quadro-síntese problemas e diagnósticos CIPE, por domínios

Apêndice XVI – Panfletos resultados aplicação questionário EVF

Apêndice XVII – Revisão da literatura: *stress*

Apêndice XVIII – Certificado de frequência workshop “Técnicas de Relaxamento”

Apêndice XIX – Diapositivos da sessão: “Gestão de *stress*: Estratégias Individuais”

Apêndice XX – Guiões das sessões de relaxamento

Apêndice XXI – *Poster*: “Gestão de *stress*: Estratégias Individuais”

Apêndice XXII – Calendarização das atividades por serviços

Apêndice XXIII – Planificação da sessão: “Gestão de *stress*: Estratégias Individuais”

Apêndice XXIV – Planificação das sessões de relaxamento

Apêndice XXV – Cronograma das atividades

Apêndice XXVI – Pedido de autorização para aplicação da Escala de *stress* profissional

Apêndice XXVII – Escala de *stress* profissional

Apêndice XXVIII – Mecanismos de *coping* utilizados

Apêndice XXIX – Quadro-matriz de adesão dos grupos profissionais às atividades implementadas

Apêndice XXX – Quadro de resultados da aplicação da Escala de Stress Profissional

Apêndice XXXI – Quadro de resultados dos mecanismos de *coping* utilizados

Apêndice XXXII – Avaliação das sessões

Apêndice XXXIII – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde, adaptado à população em estudo

Apêndice XXXIV – Folhas de presença nas sessões formativas do SSO, ao longo do estágio

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos objetivos, estratégias, atividades e avaliação

Quadro 2 – Indicadores de processo/adesão: sensibilização dos resultados

Quadro 3 – Indicadores de processo/adesão: avaliação do *stress* profissional

Quadro 4 – Indicadores de processo/adesão: identificação dos mecanismos de *coping*

Quadro 5 – Indicadores de processo/adesão: implementação das estratégias

Quadro 6 – Indicadores de resultado/impacto: redução dos níveis de *stress* após implementação das estratégias

Quadro 7 – Indicadores de resultado/impacto: satisfação dos trabalhadores face às estratégias implementadas

INTRODUÇÃO

A realização de um projeto de intervenção comunitária que tivesse por base a metodologia de planeamento em saúde e referenciais teóricos de enfermagem comunitária, surge como resposta às exigências do plano de estudos do 8º Curso de Mestrado, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Intitulado como “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Trabalhadores da Saúde que Trabalhem em Serviços de Ambulatório, de um Hospital Central de Lisboa”, o presente projeto é fruto do estágio decorrente no Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) do referido Hospital e surgiu integrado no plano de ação do SSO.

Sendo que a população trabalhadora representa metade da população mundial e constitui o principal contribuinte e interveniente do desenvolvimento económico e social, a sua saúde, segurança e bem-estar assumem-se como condições essenciais ao desenvolvimento socioeconómico equitativo e sustentável de qualquer país, compreendendo-se assim, o relevo e importância da ação da Saúde Ocupacional (SO) em qualquer instituição (Direção- Geral da Saúde – DGS, 2013). Na perspetiva da SO, a promoção de ambientes de trabalho saudáveis é extremamente pertinente na medida em que, existirá tendencialmente, um maior número de trabalhadores saudáveis que estarão mais motivados para o trabalho e mais realizados nas suas tarefas, contribuindo para a produção de bens e serviços de melhor qualidade (Alli, 2008, citado por DGS, 2013).

As Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem uma ameaça e importante desafio para saúde pública que prejudica o desenvolvimento social e económico a nível mundial (WHO, 2013). A maioria das DCNT, apresentam como etiologia comum, um conjunto de fatores fundamentalmente relacionados com estilos de vida individuais (nomeadamente uso de tabaco, erros alimentares, sedentarismo, uso nocivo do álcool e má gestão do *stress*) sendo, por isso, amplamente evitáveis (DGS, 2003; WHO, 2013).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária (EESC), possui competências ímpares que lhe permitem, nomeadamente:

Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e

comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro, artigo 4º)

Neste sentido, definiu-se como objetivo geral do projeto:

- Contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis junto dos trabalhadores de saúde dos serviços de ambulatório: Serviço A e Serviço B, no âmbito do plano de ação do SSO.

E objetivos específicos:

- Identificar os fatores pessoais que influenciam os estilos de vida dos trabalhadores de saúde;
- Caracterizar os estilos de vida dos trabalhadores de saúde;
- Identificar aspetos dos estilos de vida dos trabalhadores que possam ser melhorados;
- Planear intervenções de modo a contribuir para a melhoria dos aspetos dos estilos de vida considerados prioritários;
- Sensibilizar os trabalhadores de saúde para a adoção de estilos de vida mais saudáveis;
- Avaliar as intervenções desenvolvidas com os trabalhadores.

O relatório está descrito segundo as normas da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição e redigido respeitando o novo acordo ortográfico. Encontra-se estruturado em cinco capítulos: o primeiro concernente à importância da abordagem dos estilos de vida; o segundo onde se apresenta o referencial teórico que sustenta este trabalho; o terceiro respeitante à revisão da literatura de acordo com a metodologia de uma *scoping review*; o quarto onde é descrita a metodologia utilizada (metodologia do planeamento em saúde – desde o diagnóstico de situação de saúde até à preparação operacional) e o quinto, onde se efetua a avaliação das intervenções realizadas. O projeto é iniciado por uma introdução e cerrado por uma síntese conclusiva, sendo no fim, apresentadas as referências bibliográficas, os anexos e apêndices.

1. IMPORTÂNCIA DOS ESTILOS DE VIDA

As DCNT, principalmente, doenças cardiovasculares, oncológicas, respiratórias e metabólicas, são as principais causas de morte no mundo, sendo responsáveis por 36 milhões de mortes, correspondentes a 63% das mortes globais (WHO, 2013). Acrescentam-se ainda as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental como a depressão, enquanto DCNT que, em conjunto com as supramencionadas, estão também nas principais causas de morbilidade e mortalidade das sociedades desenvolvidas (DGS, 2003). As mortes por DCNT, são consideradas prematuras pois afetam pessoas entre os 30 e 70 anos, abarcando mais de 14 milhões de pessoas nesse intervalo etário (WHO, 2013).

No ano de 2014 em Portugal, a percentagem de mortes atribuíveis a DCNT totalizou 86% do número de mortes registadas e a taxa de mortalidade prematura (antes dos 70 anos de idade), atribuível às quatro principais DCNT - doenças cardiovasculares, cancros, doenças respiratórias crónicas e diabetes - foi estimada em 12%, dos 22,8% de mortes prematuras atribuíveis a todas as causas, nesse ano (DGS, 2015; WHO, 2014). A projeção da taxa de mortalidade prematura para 2020 em Portugal, é a redução previsível para uma taxa que se situe entre os 20,5 e 22,0 % (DGS, 2015). Esta meta da revisão do PNS alinha-se com o compromisso nacional na Resolução da OMS-Euro de 2012, de redução em 25% a mortalidade referente a DCNT (DGS, 2015).

Relativamente à prevalência de DCNT, os últimos dados registados a nível nacional, apontam as dores crónicas, nomeadamente, as dores lombares e cervicais ou outros problemas crónicos nessas localizações anatómicas, como as doenças crónicas referidas com maior frequência pela população com 15 ou mais anos: respetivamente 2,9 e 2,1 milhões de pessoas, ou seja, 32,9% e 24,1% (Instituto Nacional de Estatística – INE, 2016). No que respeita à prevalência auto referida de doenças crónicas, o INE evidencia um aumento do número de pessoas afetadas e da prevalência das mesmas, nomeadamente, hipertensão arterial, depressão, diabetes, doenças respiratórias crónicas, problemas renais e doenças cardiovasculares (INE, 2016).

É importante reconhecer que as doenças de evolução prolongada, representam um significativo desafio aos sistemas de saúde, particularmente por estarem associadas ao envelhecimento das populações e às múltiplas circunstâncias daí provenientes. Por este motivo, a prevenção e a gestão da doença crónica requer uma adequada integração de ações preventivas e de continuidade de cuidados e impõe exigências que vão para além do que é necessário em relação aos cuidados episódicos da doença aguda de curta duração, mas não deixa de incluir uma resposta efetiva às manifestações súbitas associadas a doença de evolução prolongada (Despacho n.º 4027-A/2016).

A nível mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Plano Global de Ação para a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis 2013-2020 (WHO, 2013). A este respeito, e apesar de ter sido já aprovado pelo Despacho n.º 1916/2004 (2ª série), o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, este não foi implementado. Paralelamente, foi revisto o Plano Nacional de Saúde (PNS) – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015), que se encontra alinhado com documentos estratégicos de profundo relevo e impacto, nomeadamente: Um Futuro para a Saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014); a Estratégia *Health for Growth Programme 2014-2020* (Comissão Europeia, 2014) e, fundamentalmente, a Estratégia *Health 2020* (WHO, 2013). O PNS contém Programas Nacionais relacionados com a promoção de estilos de vida saudáveis – de relevar, os programas relacionados com fatores determinantes dos estilos de vida, nomeadamente, com o tabaco, alimentação, atividade física, gestão do *stress* e álcool (Nunes, 2006) – que dão resposta a um dos seus principais desígnios, nomeadamente, a redução dos fatores de risco relacionados com as DCNT (DGS, 2015).

De acordo com Sardinha, Matos & Loureiro (1999) os programas de promoção da saúde e estilos de vida saudáveis podem ajudar a melhorar a saúde, reduzir os riscos de doenças, lidar com doenças crónicas e melhorar o bem-estar e autossuficiência de indivíduos, famílias, organizações e comunidades. Também Stanhope & Lancaster (2011) reiteram que o impacto dos estilos de vida e hábitos de saúde, desempenham um papel fundamental na saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, sendo imperativa a necessidade de focar a atenção em

políticas de saúde pública centradas na promoção da saúde e prevenção da doença, que enfatizem os determinantes dos estilos de vida, como potenciais fatores de proteção e promoção da saúde das populações, desenvolvendo comunidades saudáveis. Neste sentido, e tendo em conta que a prática de Enfermagem Comunitária (EC) é uma prática contínua e global, dirigida a indivíduos, famílias e grupos e ocorre numa vasta gama de locais, abrangendo a Educação para a Saúde (EpS), a manutenção, o restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados aos indivíduos, famílias e grupos, incluindo comunidades, a promoção de estilos de vida saudáveis assume-se, como área pertinente sob o prisma da EC (Williams & Stanhope, 2011).

Neste alinhamento, e tendo em consideração o estágio realizado no SSO de um Hospital Central de Lisboa (HCL), importa conhecer a abordagem à promoção dos estilos de vida saudáveis, na perspetiva da SO.

1.1 – Estilos de Vida em Contexto de Saúde Ocupacional

Anterior à abordagem dos estilos de vida em contexto de SO, importa clarificar o seu conceito. A SO tem evoluído ao longo dos tempos, desde a época em que se abordava apenas a perspetiva da medicina do trabalho como ciência médica de cura de condições decorrentes do exercício profissional, até passar pela evolução tecnológica e industrial, onde se iniciou a tomada de consciência da vertente preventiva e de promoção da saúde do trabalhador (Oliveira & André, 2010). É definida pela OMS e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), como: área que se dedica à promoção e manutenção do mais elevado padrão de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todos os setores de atividade; à prevenção das alterações de saúde provocadas pelas suas condições de trabalho; à proteção dos trabalhadores contra os riscos resultantes de fatores adversos, no seu local de trabalho; a proporcionar ao trabalhador, um ambiente de trabalho adaptado ao seu equilíbrio fisiológico e psicológico (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, 2009, citado por Oliveira & André, 2010). Assim, SO é um conceito atual, prioritário e global que agrega intervenções políticas, médicas, técnicas ou outras com a finalidade de promover e proteger a saúde dos trabalhadores nos seus locais de

trabalho, subscrito pela generalidade da comunidade científica e pelos organismos internacionais de referência, como a OMS e OIT (DGS, 2016). Os SSO promovem as condições de trabalho que garantam o mais elevado grau de qualidade de vida no trabalho, protegendo a saúde dos trabalhadores, promovendo o seu bem-estar físico, mental e social e prevenindo a doença e os acidentes (Oliveira & André, 2010).

A enfermagem do trabalho tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante na área da SO. Os enfermeiros constituem o maior grupo de profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços de saúde no local de trabalho, apresentando por isso um importante papel na proteção e promoção da saúde das populações ativas (OMS, 2001).

Organismos internacionais, nomeadamente a OMS, a OIT e a *Federation of Occupational Nurses within the European Union* (FOHNEU) referem-se ao enfermeiro que trabalha no SSO como “enfermeiro de SO”. Por definição, o Enfermeiro de SO visa garantir a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, através da avaliação, monitorização e promoção do *status* de saúde dos mesmos e desenvolvimento de estratégias para melhorar as condições de trabalho e o ambiente total (FOHNEU, 2017). A nível nacional a DGS e a OE abordam este grupo profissional, designando-o como “enfermeiros do trabalho”, sendo a sua atividade dirigida à gestão da saúde do trabalhador ou de grupos de trabalhadores, focada na promoção e proteção da saúde e bem-estar no local de trabalho, na prevenção de acidentes e doenças relacionadas ou agravadas pelo trabalho, com o propósito de promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros (DGS, 2014). Neste sentido, e tendo em consideração a realidade portuguesa, no presente relatório referir-me-ei aos mesmos como enfermeiros do trabalho.

A promoção da saúde dos trabalhadores, tem sido pouco valorizada pelas entidades empregadoras e a abordagem “salutogénica” da promoção da saúde nos locais de trabalho é escassa e pouco evidencia os aspetos de bem-estar que o trabalho deveria proporcionar (Uva, 2011, citado pela DGS, 2013). Apenas algumas entidades empregadoras realizam ações pontuais no âmbito da promoção da saúde, mas que não estão integradas num programa específico e aprovado formalmente (DGS, 2013). Contudo, a OMS reitera que a promoção de saúde deveria ser mais estimulada no local de trabalho, fundamentalmente através de dietas saudáveis e da

atividade física dos trabalhadores, e pela promoção da saúde mental e familiar (WHO, 2007, citado pela DGS, 2013). A promoção de estilos de vida saudáveis no local de trabalho deverá ser, desta forma, considerada condição essencial à manutenção da saúde do trabalhador, desempenhando assim, uma ação preventiva no que se refere ao envelhecimento e às DCNT (*International Labour Office*, 2011, citado por DGS, 2013). Importa, contudo, reter que a saúde da população trabalhadora é determinada não só pela evicção dos riscos profissionais a que está exposta, mas também por fatores sociais e individuais (*World Health Organization – WHO*, 2006, citado por DGS, 2013). A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais correspondentes ao designado “estilo de vida” constitui uma questão crucial que está na génese da saúde individual e coletiva (DGS, 2003).

A nível nacional e no que se refere à SO, as iniciativas da promoção da saúde relacionadas com os estilos de vida, estão mais direcionadas para a promoção do exercício físico, alimentação e nutrição, controlo do *stress*, e para a redução dos hábitos tabágicos e de consumo de substâncias psicoativas (incluindo o álcool) (DGS, 2013). Porém, de acordo com a mesma fonte, estas iniciativas encontram-se pouco documentadas e divulgadas.

Nas últimas décadas, a prática da profissão de enfermagem em contexto de SO expandiu-se consideravelmente, vindo a alcançar um elevado nível de especificidade. A ênfase é dada à promoção da saúde e à prevenção da doença e de acidentes em populações trabalhadoras, assim como à expansão do seu papel no ensino clínico, na gestão e na investigação (OMS, 2001). Os enfermeiros do trabalho, encontram-se numa privilegiada posição para atuarem na promoção da saúde do trabalhador, uma vez que a sua prática clínica se baseia nos conceitos e princípios da prática de saúde pública, centrando-se na prevenção, na capacitação e na manutenção da saúde, bem como no controlo e eliminação dos riscos para a saúde no local de trabalho (OMS, 2001).

A nível do SSO do HCL, palco do desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária, a sua missão centra-se na prevenção dos riscos profissionais, nomeadamente de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, e com a promoção e proteção da saúde de todos os profissionais do Centro Hospitalar

(CH) (Matoso & Leite, 2016). O modelo de funcionamento interno adota uma abordagem global e multidisciplinar da gestão do risco profissional, orientando as práticas para o bem-estar do profissional (Matoso & Leite, 2016). A missão do SSO encontra-se, assim, diretamente alinhada com o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) para o 2º Ciclo 2013/2017 (DGS, 2013). Pelo que destaco o eixo estratégico “Políticas Saudáveis”, onde se preconiza o incremento de oportunidades para que os trabalhadores realizem escolhas e práticas saudáveis e desenvolvam o seu potencial de saúde (DGS, 2013).

O projeto desenvolvido enquadra-se no PNSOC onde se encontra definido como 4º objetivo: “Promoção da saúde & práticas de trabalho e estilos de vida saudáveis” onde se pretende “dinamizar a promoção da saúde no local de trabalho, e fomentar práticas de trabalho e estilos de vida saudáveis em empresas/estabelecimentos do setor privado e da Administração Pública” (DGS, 2013, p. 32).

No contexto em questão, além dos programas prioritários em curso (programas transversais direcionados a todos os serviços do CH e programas direcionados para fatores de risco específicos) existe um projeto profissional em curso, no âmbito da alimentação saudável. Contudo, no âmbito da promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis existem apenas eventos pontuais onde se realizam algumas atividades com os trabalhadores do CH, sensibilizando-os para determinada temática e comportamentos de saúde modificáveis, não havendo um programa estruturado e específico nesta área. Neste sentido, acredito que o presente projeto, no âmbito da promoção dos estilos de vida saudáveis dos trabalhadores, seja relevante e faça todo o sentido, enquadrando no que já foi abordado anteriormente.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Os modelos são alicerçais, norteiam o pensamento a observação e a prática dos profissionais de saúde. Estes “fundamentam e orientam as ações dos educadores de saúde em todas as fases dos processos de intervenção, do diagnóstico de necessidades à avaliação” (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005, p. 112). Neste sentido, o enfermeiro especialista na sua prática de enfermagem deve ter por base modelos teóricos e/ou teorias de enfermagem que a sustentem.

FOHNEU (2003) citado por Antunes (2009), por exemplo, defende o modelo conceptual de Hanasaari para enfermagem do trabalho. Este modelo, especificamente conceptualizado para a enfermagem do trabalho, é representado por um conjunto de estruturas geométricas que têm por base os seus três principais conceitos: o sistema geral de Ambiente; os conceitos Homem, Trabalho, Saúde e a Enfermagem do Trabalho (Anexo I). Este último opera no centro do modelo e é interpretado como flexível e proativo, exercendo influência em conceitos identificados como impulsionadores da saúde no trabalho e que afetam a saúde das comunidades fora do local de trabalho, o que implica uma influência na política, sociedade, economia, e ecologia, particularmente se os enfermeiros do trabalho elevarem o nível do mérito do seu real contributo para assuntos de saúde num ambiente em mudança (Antunes, 2009).

Embora se tivessem em consideração os pressupostos do Modelo de Hanasaari, para a realização do projeto, porém, foi selecionado o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Pender, Murdaugh & Parsons (2015), uma vez que descreve a natureza multidimensional da interação das pessoas com os seus ambientes interpessoais e físicos na procura da saúde, referindo explicitamente o local de trabalho, como um local de referência para a promoção de saúde.

2.1 – Modelo de Promoção de Saúde

O MPS de Pender *et al* (2015), foi o selecionado como modelo norteador do projeto.

Os principais objetivos da promoção da saúde são ajudar as pessoas de todas as idades a manterem-se saudáveis, otimizar a saúde em casos de doença crónica ou deficiência e criar ambientes saudáveis. Esses objetivos exigem estratégias que não só melhoram a saúde dos indivíduos no contexto de suas famílias e comunidades, mas também abordam os ambientes em que vivem, trabalham e brincam. (Pender *et al*, 2015, p. 1)

O local de trabalho e a saúde dos trabalhadores estão inextricavelmente relacionados e as mudanças no trabalho e nos locais de trabalho têm muitas implicações para a saúde (Pender *et al*, 2015). Os locais de trabalho, por possuírem um vasto acesso a um grande número de adultos, servem de veículo para a realização de intervenções a vários níveis, nomeadamente individual, interpessoal, ambiental e organizacional, tendo o potencial de aumentar os comportamentos saudáveis, aumentar a produtividade, diminuir o absentismo, diminuir o uso de cuidados médicos dispendiosos e diminuir as queixas por incapacidade, o que resulta numa força de trabalho mais produtiva e globalmente competitiva (Pender *et al*, 2015).

A promoção da saúde insere-se no primeiro nível de prevenção: a prevenção primária. De acordo com Alwan (1997), citado por Almeida (2005), a prevenção primária procura evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida nocivos que concorrem para o acréscimo do risco de doença. Porém, a prevenção primária e a promoção da saúde são conceitos distintos: o primeiro visa diminuir a probabilidade de doença e o segundo pretende incrementar, através de esforços intersectoriais, a saúde e o bem-estar geral; contudo, complementam-se (Czeresnia, 1999, citado por Almeida, 2005).

De acordo com Pender *et al* (2015), oferecer uma variedade de programas de promoção da saúde no local de trabalho e usar diferentes abordagens, pode aumentar a adesão por parte dos trabalhadores, apoiando comportamentos que promovam a saúde. No Anexo II, encontra-se o diagrama do MPS de Pender *et al* (2015).

3. REVISÃO DA LITERATURA

O tipo de revisão da literatura utilizada para elaborar o projeto, assenta na metodologia da *scoping review*, que pode ser utilizada para “mapear os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa, bem como para esclarecer definições de trabalho e/ ou os limites conceptuais de um tópico” (*Joanna Briggs Institute* - JBI, 2015, p. 6). Para além de preceder as revisões sistemáticas da literatura, as *scoping reviews*, podem também ser conduzidas de forma independente para examinar áreas amplas, identificando lacunas na evidência, esclarecendo conceitos-chave e relatando os tipos de evidência que abordam e informam a prática numa determinada área temática (JBI, 2015). Este tipo de pesquisa permite, assim, mapear as evidências em relação ao tempo (quando foi publicado), localização (país), fonte (literatura revista por pares ou literatura cinzenta) e/ ou origem (cuidados de saúde ou disciplina académica).

3.1 – *Scoping Review*

O título do projeto ficou definido como “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Trabalhadores de Saúde, que Trabalhem em Serviços de Ambulatório, de um Hospital Central de Lisboa”. O objetivo da *scoping review* consistiu em explorar o estado da arte relacionados com a promoção dos estilos de vida saudáveis, em trabalhadores de saúde. A questão de investigação centrou-se na pergunta: “quais os resultados inerentes à promoção dos estilos de vida saudáveis na literatura, em contexto de SO, num hospital central? A População (P) foi definida como trabalhadores da saúde; o Conceito (C) como comportamentos de saúde, estilos de vida e promoção da saúde e o contexto (c) como o hospital e serviços de saúde ocupacional. As palavras-chave foram: *Health promotion; Health personnel; Occupational health services, Occupational health nursing, Hospitals*.

Relativamente aos critérios de inclusão, a presente *scoping review* incluiu estudos com os seguintes participantes: profissionais de saúde de qualquer género e cultura que trabalhassem em hospitais. Inicialmente considerou-se a questão se o pessoal administrativo seria ou não considerado “pessoal de saúde”. De acordo com a *International classification of health workers*, citada pela WHO (sd), a equipa de gestão e suporte de saúde inclui uma ampla gama de outros tipos de pessoal de

saúde, tais como pessoal administrativo e de suporte, que utilizam o conhecimento especializado em terminologia médica e desempenham diversas funções de comunicação, documentação, coordenação administrativa e interna, para apoiar os profissionais de saúde em instalações médicas e outras organizações relacionadas com cuidados de saúde.

Os conceitos relevantes para esta *scoping review* foram: estilos de vida, promoção da saúde, pessoal da saúde, serviços de saúde ocupacional, enfermeiros do trabalho e hospitais. Os estudos ao qual esta revisão se refere são em serviços de saúde ocupacional e em contexto Hospitalar.

No que se refere aos tipos de estudos/ fontes, a presente *scoping review* contemplou estudos qualitativos e quantitativos, independentemente do seu desenho ou metodologia. Os estudos quantitativos poderão incluir estudos observacionais (correlação - *Cohort* e caso-controle) e descritivos; e, estudos experimentais/intervencionais e *quasi* experimentais, incluindo testes de controlo randomizado e não randomizado. Os estudos qualitativos poderão incluir estudos etnográficos, fenomenológicos, *grounded theory*; investigação-ação; e análise de discurso.

3.1.1 – Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa desta *scoping review*, pretendeu analisar os diversos estudos publicados. Não houve discriminação a nível da língua pretendida nos estudos, tendo como resultados artigos em inglês e espanhol e não foram também definidos limites temporais (as datas apresentadas são resultados das predefinições das bases de dados). Foi utilizada uma estratégia baseada em duas etapas: A primeira, consultando sites e bibliotecas para aceder à “literatura cinzenta” e utilizando a base de dados *EbscoHost Research Database* de uma forma não criteriosa e na segunda, empregando palavras-chave e termos indexantes nesta mesma base de dados. A estratégia de pesquisa encontra-se esquematizada sob um *Prisma Flow Diagram* (2009), que se encontra no Apêndice I. Saliento o facto de a pesquisa ter resultado num total de 37 artigos, relacionados com a temática em questão.

4. METODOLOGIA DO PROJETO

Para o presente projeto foi utilizada a metodologia do processo de planeamento em saúde.

Planeamento de saúde é o processo em que a administração de saúde, em conjunto com a população, levam a cabo, para conseguir em áreas (...) e prazos determinados, os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficaz os recursos à sua disposição. (Durán, 1989, p.19)

O planeamento constitui uma ferramenta técnica e administrativa imprescindível à gestão, que traduz o desejo de mudança, equacionando durante o processo, atributos como a eficácia, a eficiência, a qualidade e a equidade (Nunes, 2016). É um processo de intervenção sobre a realidade sócio económica, constituindo-se como um conjunto de instrumentos de racionalização de decisões das ações conducentes à transformação da realidade, assente no diagnóstico de situação, na inventariação dos recursos disponíveis, na fixação dos objetivos e determinação das respetivas prioridades, na formulação do tipo de ações a empreender e na escolha dos meios que permitirão alcançar as metas propostas (Imperatori & Giraldes, 1993).

O primeiro passo do planeamento em saúde é a elaboração do diagnóstico de situação, pois só a partir do diagnóstico é que se torna possível avançar para as etapas seguintes.

4.1 – Diagnóstico de Situação de Saúde

A concordância entre o diagnóstico e as necessidades determina a pertinência do projeto, esteja este direcionado para a resolução ou minimização de problemas de saúde, ou para a otimização dos serviços prestadores de cuidados (Tavares, 1992).

O diagnóstico da situação, no planeamento em saúde, é um conceito abrangente, que engloba o desenho dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, a utilizar na execução das tarefas que o planeamento suscite (Nunes, 2016).

De acordo com Tavares (1992), o diagnóstico deve apresentar como importantes requisitos, a descrição (preferencialmente quantitativa) da situação, o conhecimento dos fatores que a determinam, a análise da sua evolução e perspectivas e a avaliação (se corresponde ou não às necessidades de planeamento). O autor acrescenta ainda que o diagnóstico da situação deve ter como características ser suficientemente alargado, aprofundado, rápido, claro e sucinto.

4.1.1 – Contexto de intervenção

O presente projeto foi desenvolvido no SSO de um HCL, tal como referido anteriormente. O CH em questão é um dos maiores estabelecimentos de saúde do país, sendo atualmente constituído por dois hospitais. A população alvo do SSO é composta por todos os funcionários do CH (cerca de 6000 no total).

A equipa multidisciplinar do SSO do CH é constituída por médicos (4 especialistas e 4 internos de especialidade), 6 enfermeiras, 4 técnicos de higiene e segurança do trabalho, 2 psicólogos, 1 nutricionista, 3 Assistentes Técnicos (AT) e 1 assistente operacional.

4.1.2 – População Alvo/Amostra

“A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 1996, p. 202).

A população alvo do projeto foi constituída pelos trabalhadores – nomeadamente médicos, enfermeiros, Assistentes Operacionais (AO) e AT – de um hospital central, que realizassem funções em serviços com regime de ambulatório (horário diurno das 8h às 20h).

A amostra é definida por Fortin (1996), como o subconjunto representativo de uma população, que apresenta na sua constituição as características desta última, constituindo-se como uma réplica em miniatura da população alvo. Neste sentido, a amostra é composta pelos trabalhadores – médicos, enfermeiros, AO e AT – de dois

serviços de hospitalares com regime de ambulatório (Serviço A e Serviço B). Foram selecionados dois serviços de ambulatório pelo facto de mais facilmente constituírem um número representativo da população alvo e estes dois em específico, por aconselhamento da equipa multidisciplinar do SSO.

O método de amostragem foi accidental/ por conveniência, sendo selecionados os trabalhadores dos supracitados serviços que se encontravam a prestar funções durante o período de aplicação do instrumento de colheita de dados (12 a 30/06/2017). Assim, o método de seleção da amostra constituiu-se como um procedimento de seleção, segundo o qual os sujeitos foram selecionados por estarem facilmente acessíveis e se encontrarem presentes num momento preciso, tendo sido incluídos no estudo, à medida que se apresentaram até a amostra atingir o tamanho desejado (Fortin, 1996).

Como critérios de inclusão foram definidos: a concordância de todos os participantes em participar no estudo, através da assinatura do consentimento informado; exercício de funções nos dois serviços de ambulatório em questão (Serviço A e Serviço B) e desempenho de funções no período de recolha de informação.

4.1.3 – Aspetos Éticos

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas que vão desde a forma como se suscita a participação dos sujeitos, passando pelo método de colheita de informação bem como a divulgação de certos resultados de investigação (Fortin, 1996). A autora clarifica que a ética coloca problemas particulares aos investigadores, decorrentes das exigências morais que, em determinadas ocasiões podem entrar em conflito com o rigor da investigação.

Desta forma, numa primeira fase, foi solicitada a utilização do questionário EVF à Sra Professora Irma Brito, que foi uma das autoras da tradução, adaptação e validação do mesmo para a realidade portuguesa – Apêndice II – e, numa segunda fase, foram pedidas autorizações às entidades de direito, responsáveis pela tutela dos trabalhadores - médicos, enfermeiros e AO e AT, respetivamente, à direção clínica, direção de enfermagem, e às administradoras de área hospitalares e vogal do

conselho de administração, cujo parecer foi favorável em todos os pedidos (Apêndice III).

Os participantes que assinaram o consentimento informado (Apêndice IV) aquando do preenchimento do questionário EVF, foram incluídos no estudo, tendo sido esclarecido o âmbito e interesse da resposta ao mesmo, bem como a salvaguarda de confidencialidade.

4.1.4 – Instrumento de colheita de informação

O instrumento utilizado para a recolha de informações, foi o questionário “Estilo de Vida Fantástico” (EVF), que deriva do original “*Fantastic Lifestyle Assessment*”, que foi desenvolvido pelo Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska em 1984, com a finalidade de auxiliar os médicos que trabalhavam em prevenção, para melhor conhecer e avaliar o estilo de vida dos utentes (Añez, Reis & Petroski, 2008). Foi posteriormente traduzido para brasileiro, tendo sido a sua última adaptação efetuada por um grupo de investigadores portugueses que o traduziram, adaptaram e validaram para a realidade portuguesa, nomeadamente, com a aplicação do mesmo em estudantes do ensino superior.

O questionário EVF é um instrumento de autopreenchimento que explora e avalia os hábitos e comportamentos, em relação aos estilos de vida adequados para a saúde, apresentando um total de 30 questões (de resposta fechada, que exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida e que se identificam com a sigla “FANTÁSTICO”: F – Família e Amigos; A – Atividade física/ Associativismo; N – Nutrição; T – Tabaco; A - Álcool e outras drogas; S - Sono/ Stress; T - Trabalho/Tipo de personalidade; I – Introspeção; C - Comportamentos de saúde e sexual; O - Outros comportamentos (Silva, Brito, & Amado, 2014).

Para fazer a caracterização sociodemográfica da amostra, foi elaborada uma secção prévia ao questionário, denominada: “Parte I – Caracterização Sócio-Demográfica” onde, em conjunto com a equipa do SSO, foram formuladas 12 questões, de modo a caraterizar a amostra de acordo com as variáveis selecionadas, tendo por referência o MPS. O questionário final encontra-se no Apêndice V.

Aquando da aplicação do questionário, procedeu-se ao contacto das chefias (enfermeiras-chefes e diretores clínicos) dos serviços de ambulatório selecionados, explicitando o âmbito do estudo e apelando auxílio e parceria por parte das mesmas, na solicitação de cada trabalhador para o autopreenchimento dos mesmos. Foi solicitada individualmente a parte administrativa dos referidos serviços, para o autopreenchimento do questionário.

4.1.5 – Apresentação dos Resultados

A informação recolhida nos questionários EVF foi submetida a análise estatística descritiva através do programa informático Microsoft Excel versão 2016. Os dados são apresentados em frequências absolutas e relativas.

Para facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e a orientação das soluções que respondam às necessidades e interesses dos trabalhadores de saúde, mobilizou-se o MPS de Pender *et al* (2015). Desta forma, foram tidos em conta os três componentes que constituem o modelo: características e experiências individuais (fatores pessoais; características do comportamento anterior); sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e os resultados do comportamento (de promoção de saúde desejável) (Victor, Lopes & Ximenes, 2005). A apresentação dos resultados inicia-se assim, com a caracterização dos fatores pessoais da amostra, representados pela caracterização sociodemográfica da mesma.

A amostra é constituída por 58 profissionais de saúde: 13 médicos (22,41%), 23 enfermeiros (39,66%), 13 AO (22,41%) e 9 AT (15,52%). Destes profissionais, 5 pertencem ao sexo masculino (8,62%) e 53 ao sexo feminino (91,38%); 10 (17,24%) são solteiros, 41 (70,69%) estão casados ou em união de facto e 7 (12,07%) estão divorciados; 7 (12,07%) pertencem à faixa etária dos 20-30 anos, 14 (24,14%) à dos 31-40 anos, 17 (29,31%) têm idades compreendidas entre os 41-50 anos, 18 (31,03%) entre os 51 e 60 anos e 1 participante (1,72%) situa-se no intervalo etário dos 61-70 anos (Apêndice VI), sendo a média das idades de 44,25 anos, a moda 53 e o desvio padrão de 10,24.

Os resultados do questionário EVF podem ser categorizados desde o score mais elevado ao mais baixo. Assim: “Excelente” (103-120 pontos) - indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência sobre a saúde; “Muito Bom” (85-102 pontos) aponta um estilo de vida que exerce uma adequada influência para a saúde; “Bom” (73- 84 pontos) assinala que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; “Regular” (47-72 pontos) distingue um estilo de vida que proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta alguns riscos e, por fim, “Necessita melhorar” (0-46 pontos) mostra que o estilo de vida apresenta muitos fatores de risco (Silva, Brito, & Amado, 2014) .

No que se refere ao estilo de vida dos profissionais de ambos os serviços, o valor médio global foi de $88,10 \pm$, que se enquadra na categoria de 85 a 102 pontos, ou seja, “Muito Bom”. Nenhum participante apresentou pontuação abaixo de 46 pontos (sendo o mínimo apresentado 58 pontos – “Regular”), 4 participantes (6,89%) obtiveram uma classificação de “Excelente” (entre 103 e 120 pontos), 5 participantes (8,62%) “Regular” (entre 47 e 72 pontos), 13 participantes (22,41%) “Bom” (entre 73 e 84 pontos) e 36 participantes (62,07%) “Muito Bom” (entre 85 e 102 pontos). A amplitude de variação situou-se entre os 58 e os 108 pontos (Apêndice VII).

Para totalizar o score de cada um dos domínios do questionário EVF, assumiu-se que cada um poderia obter uma pontuação entre 0 (pior score) e 4 (melhor score). Assim, no que concerne aos dez domínios do questionário EVF, por ordem decrescente, do melhor ao pior score do serviço A e B, estão: O - Outros comportamentos (3,89); A - Álcool e outras drogas (3,78); F – Família e amigos (3,49); T – Tabaco (3,23); C - Comportamentos de saúde e sexual (2,91); I – Introspeção (2,77); N – Nutrição (2,39); A – Atividade física/ Associativismo (2,32); S - Sono/ *Stress* (2,27) e, por fim, T - Trabalho/Tipo de personalidade (2,08) – Apêndice VIII. O serviço A e B possuem as categorias mais bem pontuadas com a mesma ordem classificativa: em décimo (melhor score) a categoria: O - Outros Comportamentos, seguida da categoria A - Álcool e outras drogas, posteriormente da F – Família e Amigos e da T – Tabaco. As categorias C - Comportamentos de saúde e sexual e I – Introspeção, seguem-se como as categorias mais afetadas. Os quatro domínios do questionário EVF mais afetados nos dois serviços são os mesmo quatro: A – Atividade física/ Associativismo; N – Nutrição; S - Sono/ *Stress* e T - Trabalho/Tipo de personalidade.

São estes quatro domínios comuns aos dois serviços com o pior score (considerado abaixo do score 2,50): Trabalho/Tipo de Personalidade, Sono/*Stress*, Atividade Física/Associativismo e Nutrição, o foco da minha atenção.

Apesar de o Serviço A e Serviço B possuírem características semelhantes – ambos são serviços de ambulatório e com horário diurno – pelas suas características específicas e diferenciadoras, afigurou-se pertinente realizar uma análise de dados de cada serviço, isoladamente. Porém, como os resultados extraídos da análise independente dos dois serviços não diferiram muito da tendência da amostra total, optou-se por descrever no relatório os dados globais, remetendo-se para os Apêndices IX, X e XI, os resultados específicos da análise independente dos Serviços A e B. De salientar que, apesar de diferenças na ordem classificativa dos domínios dos estilos de vida mais afetados entre os dois serviços, os domínios são os mesmos quatro, anteriormente abordados (Apêndice XII).

Tendo em consideração o acima exposto, torna-se importante aprofundar a análise e compreender de que forma as quatro categorias evidenciadas foram afetadas na amostra total, analisando pergunta por pergunta. Para isso, a classificação do instrumento foi ditada considerando os scores obtidos em cada pergunta em três categorias (Baixo - 0, Médio – 1 e Alto – 2), sendo que, os estilos de vida considerados corretos foram os posicionados na pontuação 2 – alto (adequado), e os não adequados, posicionados na pontuação 0 e 1 – baixo e médio. Para melhor visualização das pontuações de cada questão, encontra-se em apêndice uma síntese gráfica, representativa das respostas correspondentes, seguida de uma descrição escrita dos resultados obtidos (Apêndice XIII).

Em jeito de síntese, é de relevar que, pelas múltiplas dimensões que compõem o questionário EVF e pela dificuldade em medi-las de uma forma direta ou objetiva, os resultados provenientes desta ferramenta podem ser apenas estimados e não medidos (Silva *et al*, 2014). Quando comparados os resultados obtidos no presente, com estudos levados a cabo por outros investigadores - Añez, Reis & Petroski (2008); Silva *et al* (2014) e por Coelho & Júnior (2015), onde foi aplicado o questionário EVF em estudantes universitários, verificou-se que os resultados globais não apresentaram diferenças significativas do atual, situando-se em todos na categoria de “Muito Bom”.

Torna-se importante salientar que, apesar da utilização do questionário EVF, ter sido previamente validada e aplicada por outros investigadores a estudantes universitários, ele tem sido também, amplamente utilizado como ferramenta de avaliação do estilo de vida, em vários programas de saúde em diferentes países, tendo já sido aplicado a pessoas saudáveis, hipertensos e doentes com diabetes tipo 2 (Silva *et al*, 2014). Assim, constitui-se como uma ferramenta válida e útil para auxiliar os profissionais de saúde a identificar as necessidades de intervenção e, consequentemente, na orientação para mudanças nos comportamentos de saúde e no estilo de vida (Silva *et al*, 2014).

4.1.6 – Diagnósticos de Enfermagem

Na sequência da apresentação dos resultados, identificam-se alguns problemas que estão na base dos diagnósticos de enfermagem, formulados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2015. A CIPE é uma terminologia homogeneizadora que representa os diagnósticos e resultados de enfermagem, bem como as intervenções que lhes deverão ser dirigidas (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2016).

Para explicitar a elaboração dos seis diagnósticos, apresenta-se um quadro-síntese no Apêndice XIV. Posteriormente, no Apêndice XV, enumeram-se os indicadores dos problemas que consubstanciam os diagnósticos de enfermagem. São eles:

- *Coping* comprometido em 98,27% dos inquiridos;
- Sono comprometido em 79,31% dos inquiridos;
- Comportamento lúdico comprometido em 79,31% dos inquiridos;
- Atividade Psicomotora comprometida em 55,17% dos inquiridos;
- Excesso de peso atual em 50% dos inquiridos;
- *Status* nutricional comprometido em 82,76% dos inquiridos.

4.2 – Definição de Prioridades

A definição, escolha ou seleção de prioridades é a segunda fase do processo de planeamento em saúde, é condicionada pelo diagnóstico da situação de saúde e determinará a fixação de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta etapa deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, devendo ter em conta duas dimensões: uma relacionada com o tempo de duração do projeto e outra com os recursos disponíveis para o realizar.

Por forma a hierarquizar os problemas de saúde detetados, deve recorrer-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados por prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993). O processo corresponde a três etapas: “determinação de prioridades, definição de critérios e a sua ponderação e a escolha da técnica para determinação de prioridades” (Tavares, 1992, p. 85). Porém, importa referir que um obstáculo importante desta etapa reside na subjetividade a que está sujeita, relacionada com o gosto e experiência dos planificadores (Imperatori & Giraldes, 1993).

Num primeiro momento foi realizada uma triagem por domínios dos estilos de vida, contemplados no questionário EVF, tendo em consideração os critérios: pior score classificativo, ou seja, serem os mais afetados negativamente pelos trabalhadores (os que apresentavam um score inferior a 2,50) e, por isso, terem o maior potencial de melhoria, e o facto de serem os domínios comuns aos dois serviços. De acordo com Tavares (1992), a triagem não é uma técnica de ordenação de problemas, permitindo somente excluir os problemas menos importantes para se poder aplicar à posteriori, uma técnica de priorização. Nutt (1984), citado por Imperatori & Giraldes (1993), acrescenta que a triagem é útil quando o número de problemas é grande, estando nestes casos indicada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas. Da triagem efetuada aos dez domínios do questionário EVF, resultaram quatro domínios dos estilos de vida, considerados como os mais afetados nomeadamente: T - Trabalho/Tipo de personalidade, S - Sono/ Stress, Atividade física/ Associativismo, N - Nutrição, não classificados por nenhuma ordem.

A segunda fase da etapa de definição de prioridades, consistiu na auscultação da comunidade, tendo como critério a relevância do problema para a mesma: “embora a análise dos dados forneça uma orientação para a definição de prioridades, as crenças da comunidade, as atitudes e as opiniões, assim como a prontidão da comunidade para a mudança devem ser apreciadas” (Keller *et al*, 2002, citado por Keller, Strohschein, & Briske, p. 201, 2011). As autoras reiteram que uma prática que reflita as prioridades e necessidades identificadas pela comunidade, sustentam e fundamentam as principais crenças, quer da saúde pública, quer da enfermagem (Keller *et al*, 2011). O cliente é um participante ativo no processo e os enfermeiros devem envolver os membros da comunidade, de forma apropriada uma vez que a apreciação da comunidade, o planeamento do programa e o processo de avaliação é o processo de enfermagem de saúde pública (Keller *et al*, 2011).

De acordo com Goeppinger & Shuster (2011), hierarquizar problemas requer ter por base a informação fornecida pelos membros da comunidade, a consciência comunitária do problema e a motivação da mesma para o resolver. Os autores referem ainda que a participação da comunidade ajuda a assegurar que o significado da ordenação de cada problema reflète a sua importância relativamente a outros problemas identificados (Goeppinger & Shuster, 2011).

Neste sentido, foram realizadas sessões com os diferentes grupos de trabalhadores dos Serviços A e B, onde foram apresentados os resultados do diagnóstico de situação, sintetizados em panfletos (Apêndice XVI), onde especificamente, se apresentavam as quatro áreas dos estilos de vida mais prejudicadas, para que pudessem priorizar a(s) área(s) a que atribuíam maior importância. Foram realizadas seis sessões com os diferentes grupos profissionais: três no serviço A e três no serviço B, neste sentido, durante duas semanas consecutivas, acordadas previamente com as chefias, de acordo com a disponibilidade dos serviços.

No serviço A, a primeira sessão contou com a presença de 12 Enfermeiros e 2 AO, em conjunto, a segunda foi realizada com 4 AT e a terceira foi efetuada com os médicos que estavam presentes na reunião semanal de discussão de casos clínicos (10). Foram assim apresentados os resultados do questionário EVF a 28 trabalhadores do serviço A, que evidenciaram o *stress* como problema atual no seu

quotidiano, em detrimento dos restantes apresentados, optando, em unanimidade, pela necessidade de intervenção a nível da gestão do *stress*. Importa referir que, pela falta de disponibilidade horária referida pelos médicos aquando da apresentação dos resultados, estes autoexcluíram-se da fase de implementação e execução do projeto.

No serviço B, realizaram-se 3 sessões com os diferentes grupos profissionais: a primeira que contou com a presença de 8 enfermeiros, a segunda com 6 AO e a terceira com 4 AT, totalizando 14 profissionais. Todos eles, em concordância, evidenciaram necessidades de intervenção a nível da gestão do *stress*. A equipa médica não se mostrou disponível no sentido de agendar uma sessão para divulgação dos resultados e respetiva auscultação das suas necessidades, pelo que se autoexcluíram da etapa da intervenção. Ficou, neste sentido, patente que a intervenção seria sobre a gestão do *stress*, nos dois serviços.

Salientado que o propósito do MPS de Pender *et al* (2015), centra-se na reflexão para a decisão nos atos de cuidar e agir, favorecendo o alcance dos objetivos propostos para a promoção do autocuidado, importa clarificar que o segundo componente do modelo – sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar (gestão de *stress*) – encontra-se nesta fase demonstrado pela população, quando confrontada com os resultados do questionário EVF. As barreiras para a ação foram percebidas, quando os médicos referiram as limitações da sua agenda para participarem na fase de implementação; os benefícios para a ação e os sentimentos em relação ao comportamento, foram percebidos/ demonstrados, quando em unanimidade, os profissionais de saúde optaram pela gestão de *stress* como área que seria mais proveitosa para a sua situação atual de saúde; a autoeficácia percebida: quando os trabalhadores entenderam o *stress* como fenómeno natural e inevitável em contexto laboral, que poderia ser gerido e contornado pelos próprios, através da adoção de estratégias de gestão do mesmo (autoconsciência reflexiva das suas reais potencialidades); bem como as influências interpessoais e as situações que influem – características específicas dos serviços em questão (espaço físico, rotinas, especialidade, técnicas), relações interpessoais com colegas/ chefias/ utentes.

4.3– Fixação de Objetivos

“Um objetivo é o que se deseja alcançar de um modo concreto, no tempo e no espaço e envolve a definição concreta do esforço e dos meios necessários para o alcançar” (Durán, 1989, p. 114). Esta etapa pretende enunciar um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que, à partida, contrariará a tendência natural de evolução desse problema, traduzindo-se em termos de indicadores de resultado ou de impacto (Imperator & Giraldes, 1993). Nunes (2016) enaltece ainda o acrónimo SMART utilizado na literatura inglesa: S – Specific (específico, preciso); M – Measurable (mensurável); A – Achievable (realizável, exequível); R – Realistic (realista, pertinente); T – Timebound (com limites no tempo).

Face aos diagnósticos de enfermagem identificados e aos problemas priorizados, define-se como objetivo geral do projeto:

- Contribuir para a melhoria dos estilos de vida no que se refere à adoção de mecanismos de *coping* para gestão do *stress*, dos trabalhadores de saúde dos serviços de ambatório: Serviço A e Serviço B;

Como objetivos operacionais – enunciados de resultados desejáveis e exequíveis, expressos em indicadores de atividade, foram designados:

- Sensibilizar pelo menos 50% dos trabalhadores de saúde, para os resultados emergentes da aplicação do questionário EVF;
- Caracterizar o *stress* em 70% dos trabalhadores de saúde, que participaram na fase de implementação do projeto;
- Identificar os mecanismos de *coping* habitualmente utilizados, em pelo menos 70% dos trabalhadores de saúde, que participaram na fase de implementação do projeto;
- Implementar estratégias de gestão do *stress* junto de, pelo menos, 50% dos trabalhadores de saúde, que não se excluíram da fase de implementação do projeto;
- Reduzir os níveis de *stress*, em pelo menos 50% dos trabalhadores de saúde, que participaram nas sessões realizadas.

4.4 – Seleção de Estratégias

Este é um estadio fulcral do processo de planeamento em saúde uma vez que, no decorrer do mesmo, se concebe o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários, propondo-se novas formas de atuação, suficientemente detalhadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

As estratégias descritas neste tópico foram formuladas tendo em consideração os objetivos delineados anteriormente. Estas foram desenvolvidas tendo em consideração o foco da intervenção, os contextos onde se desenvolve a prática clínica e as características da população-alvo.

Tendo em consideração que a intervenção junto dos trabalhadores se centrou na capacitação dos mesmos para melhor gerirem situações de *stress* vivenciadas no quotidiano, importou adotar estratégias direcionadas para a mudança de comportamentos. Pender *et al* (2015), defendem, no MPS, o conhecimento como fator-chave para uma intervenção privilegiada no âmbito da mudança de comportamentos na área da saúde, enunciando estratégias como a consciencialização sobre os problemas, a promoção da autoeficácia e a capacitação para a tomada de decisões, compatíveis com comportamentos promotores de saúde.

As sessões de entrevista realizadas com os diferentes grupos profissionais dos serviços A e B, proporcionaram a partilha e reflexão conjunta sobre as situações que mais afetavam o grupo de trabalhadores, nomeadamente a identificação dos problemas vivenciados e as possíveis estratégias para colmatá-los, no sentido da mudança. Esta prática criou a oportunidade para envolver o grupo como um todo, estabelecendo um vínculo que facilitasse e aumentasse a adesão dos membros do grupo, na fase de intervenção.

Pender *et al* (2015) reforçam ainda o papel do enfermeiro na ajuda à consciencialização sobre os problemas junto do indivíduo, sendo imprescindível a alusão das consequências dos comportamentos de risco a curto e a longo prazo, bem como a avaliação de possíveis causas para o não comprometimento com a mudança, planeando, ajustando e adequando as condições, para facilitar a mudança. Estes fatores foram tidos em conta e discutidos, aquando da apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde.

Uma vez identificado o domínio dos estilos de vida sujeito a intervenção, importou realizar uma auto fundamentação sobre a temática do *stress*. Para isso uma das estratégias utilizadas foi a revisão da literatura, para averiguar o estado da arte sobre esta matéria (que se encontra em apêndice – Apêndice XVII) e a autoformação através da frequência de um *workshop* de técnicas de relaxamento, cujo certificado se encontra em apêndice – Apêndice XVIII.

A fim de melhorar os conhecimentos dos trabalhadores, sobre estratégias para autogestão de *stress*, foram realizadas sessões de EpS, que surge como veículo promotor de mudança de comportamentos: um procedimento que vai além da disponibilização de informação atualizada em saúde, e que implica um processo dinâmico de planeamento, onde são relevados os interesses e necessidades dos clientes, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes (Simões, Nogueira, Lopes, Santos, & Peres, 2011). No processo de EpS, são facultados os meios e recursos que permitem aos indivíduos o desenvolvimento de capacidades e competências, que lhes permitem um papel ativo nas suas escolhas, com vista à adoção de estilos de vida promotores de saúde (Simões *et al*, 2011). Foram assim realizadas sessões de EpS, primeiro numa vertente teórica e, posteriormente, numa vertente mais prática onde foram treinadas técnicas de relaxamento.

Foi também utilizada como estratégia o envolvimento dos vários recursos institucionais: humanos – equipa de SO (enfermeiras, psicólogo do SSO), psicólogo do serviço de psiquiatria do CH, as chefias dos serviços A e B) e materiais – *datashow* do SSO e a formação “*on job*”. No que respeita aos recursos financeiros, os custos decorrentes da utilização das várias estratégias, não foram relevantes, não acrescentando custos adicionais.

4.5 – Preparação Operacional

Após terem sido decididas quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista técnico e de aceitação da população, foi imperativa a preparação das atividades a desenvolver (Imperatori & Giraldes, 1993). De um modo geral é nesta fase que ocorre o processo de planeamento e preparação das atividades e técnicas, para dar resposta aos problemas de saúde priorizados (Tavares, 1992).

É perentória nesta etapa, a descrição e caracterização detalhadas (em termos de recursos humanos, materiais e financeiros) do conjunto de atividades desenvolvidas ao longo do projeto, tendo em vista a consecução dos objetivos operacionais previamente definidos (Tavares, 1992; Imperatori & Giraldes, 1993). Além da lista discriminada das atividades do projeto; inter-relações entre as mesmas e necessidades a nível de recursos, acresce ainda ao processo de planeamento, outros propósitos didáticos, nomeadamente, a duração das atividades; o estabelecimento de horários, calendários e/ou cronogramas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Numa primeira fase foram realizadas quatro sessões de EpS subordinadas à temática “Gestão de *stress*: Estratégias individuais” (duas por serviço), que abordavam, primeiramente, uma componente teórica sobre *stress* e, posteriormente uma vertente mais prática, onde foram treinados exercícios respiratórios, combinados com alongamentos (Apêndice XIX). Numa segunda fase, realizaram-se seis sessões de EpS, no âmbito do relaxamento prático – sessões breves (três em cada serviço – Apêndice XX). Foi igualmente construído um *poster* informativo – Apêndice XXI, tendo em vista o reforço do conteúdo abordado nas primeiras sessões de EpS, e divulgação do mesmo, para os outros elementos da equipa pluridisciplinar que não puderam comparecer às sessões – (quatro no total, dois por serviço) a afixar nas salas de trabalho dos enfermeiros e AO e na sala dos AT. Foram ainda gravadas duas *pen* com uma *playlist* com músicas de relaxamento, e com os diapositivos da primeira sessão, distribuídas, igualmente, nos dois serviços.

Apresenta-se, de seguida, um quadro que sintetiza os objetivos operacionais e respetivas estratégias, atividades realizadas e avaliação. Em apêndice encontram-se a calendarização geral das atividades por serviços (Apêndice XXII), o plano das

sessões de formação (Apêndice XXIII) e de relaxamento (Apêndice XXIV), e, por fim, os cronogramas do planeamento do projeto e das atividades implementadas (Apêndice XXV).

Importa referir que para a concretização do segundo objetivo operacional, foi adaptada uma escala – Escala de *Stress* Profissional em Enfermeiros (ESPE), a qual constitui a versão reduzida do original Questionário de Desgaste Profissional em Enfermeiros, de Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang e González (2008), tendo sido submetida a uma tradução e adaptação para português por Rainho, Queirós, Soares & Monteiro (2006). O modelo de quatro fatores (versão reduzida) foi validado a nível de consistência interna, por análise fatorial confirmatória, por Rainho, Pimenta, Antunes & Monteiro (2015), e é constituída por 16 itens, respondidos através de uma escala tipo Likert de 4 pontos, variando entre 1 “Discordo totalmente” e 4 “Concordo totalmente”. A ESPE integra quatro dimensões, nomeadamente, sobrecarga, interação conflituosa, contacto com morte e dor e, por fim, ambiguidade de papel (Rainho *et al*, 2015). Previamente à sua utilização, foi solicitada autorização à autora Prof. Dr^a Rainho – Apêndice XXVI. A adaptação da escala encontra-se no Apêndice XXVII.

Para a identificação dos mecanismos de *coping* utilizados pelos trabalhadores, foi solicitado aos mesmos, aquando a formação “Gestão de *Stress*: estratégias individuais”, que recordassem uma situação de *stress* que tivessem vivenciado anteriormente em contexto laboral, e que refletissem sobre os mecanismos que adotaram, face a essa mesma situação, preenchendo uma folha própria para o efeito (Apêndice XXVIII). O objetivo desta técnica, centrou-se na auto consciencialização dos mecanismos utilizados pelos trabalhadores, face a um evento de *stress*, por forma a que os mesmos organizassem o seu pensamento, o que facilitaria a identificação de um padrão de mecanismos de *coping* utilizados, e o reconhecimento, de eventuais lacunas na gestão do *stress*. As respostas dos trabalhadores foram fornecidas em texto livre, posteriormente à exemplificação oral de alguns casos, para enquadrá-los na temática.

QUADRO 1 – Síntese dos objetivos, estratégias, atividades e avaliação

Diagnóstico CIPE: *Coping* comprometido em 98,27% dos inquiridos; **Objetivo geral:** Contribuir para a melhoria dos estilos de vida no que se refere à adoção de mecanismos de *coping* para gestão do *stress*, dos trabalhadores de saúde dos serviços de ambulatoriais: Serviço A e Serviço B;

Objetivos Operacionais	Estratégias	Atividades	Avaliação
Sensibilizar pelo menos 50% dos trabalhadores de saúde, para os resultados emergentes da aplicação do questionário EVF;	Consciencialização sobre os problemas: - Partilha e reflexão conjunta sobre as situações que mais afetavam o grupo; - Consciencialização para os problemas e respetivas estratégias possíveis para colmatar as suas necessidades, no sentido da mudança; - Estabelecimento de um vínculo, que facilitasse posteriormente a intervenção e aumentasse a adesão entre os membros do grupo.	- Realização de sessões de entrevista com os diferentes grupos de trabalhadores dos Serviços A e B (3 em cada serviço); - Elaboração e distribuição de folhetos representativos dos resultados emergentes da aplicação do questionário EVF do diagnóstico de situação de saúde para cada profissional que comparecesse às sessões;	- Discussão sobre qual (ais) a(s) área(s) a que atribuíam maior importância; - Análise das respostas facultadas pelos trabalhadores de saúde dos dois serviços.
Caraterizar o <i>stress</i> , em 70% dos trabalhadores de saúde, que participaram na fase de implementação do projeto;	- Promover o contacto dos trabalhadores de saúde com um instrumento caraterizador do <i>stress</i> profissional, sobre as suas vivências no quotidiano dos cuidados;	- Distribuição da ESPE no início de sessões de formação em serviço "Gestão de <i>stress</i> : Estratégias Individuais", para preenchimento individual por cada trabalhador.	- Análise dos dados emergentes da aplicação da escala, subdivididos em quatro dimensões: - Sobrecarga; - Contacto com morte e dor; - Ambiguidade de papel; - Interação conflituosa.
Identificar os mecanismos de <i>coping</i> utilizados, em pelo menos 70% dos trabalhadores de saúde, que participaram na fase de implementação do projeto;	- Apelar ao recordatório de situações de <i>stress</i> vivenciadas e dos mecanismos de <i>coping</i> utilizados no quotidiano (por forma a organizar o pensamento e a identificar eventuais lacunas na gestão do <i>stress</i>).	- Solicitação para a descrição dos mecanismos de <i>coping</i> habitualmente utilizados no quotidiano, através do preenchimento de uma folha por cada trabalhador;	- Análise de conteúdo das respostas descritas pelos trabalhadores, subdivididas em três categorias: - Estratégias focadas nos problemas; - Estratégias focadas nas emoções; - Procura de suporte social.
Implementar estratégias de gestão do <i>stress</i> junto de, pelo menos, 50% dos trabalhadores de saúde, que não se excluíram da fase de implementação do projeto;	- Solicitar colaboração dos trabalhadores de saúde de ambos os serviços para a participação nas diferentes atividades propostas; - Solicitar colaboração das chefias a organizar os serviços por forma a facultar a frequência dos trabalhadores nas sessões efetuadas e em permitir quer a afixação de <i>posters</i> , quer a divulgação das <i>pen</i> .	- Realização de 4 sessões de formação em serviço "Gestão de <i>stress</i> : Estratégias Individuais" com os diferentes grupos de profissionais - Realização de 6 sessões de relaxamento - intervenções breves, com os diferentes grupos de profissionais; - Entrega de 2 <i>pens</i> com músicas de relaxamento, a cada serviço. - Afixação de 4 <i>posters</i> com as principais técnicas de relaxamento a utilizar no quotidiano, em ambos os serviços;	- Avaliação dos indicadores de processo e de adesão dos trabalhadores de saúde, às estratégias implementadas (frequência nas sessões de formação e nas sessões de relaxamento práticas; acessibilidade da população trabalhadora ao <i>poster</i> ; acessibilidade dos trabalhadores às <i>pens</i>)
Reduzir os níveis de <i>stress</i> , em pelo menos 50%, dos trabalhadores de saúde, que participaram nas sessões realizadas.	- Capacitação dos trabalhadores da área da saúde para melhor gerirem situações de <i>stress</i> vivenciadas no quotidiano;(sessões de EpS) - Promoção da autoeficácia: Facultar aos trabalhadores da área da saúde ferramentas necessárias para que eles realizassem a autogestão das estratégias de <i>coping</i> . - Elaboração de um questionário a distribuir no final de cada sessão, com uma escala de avaliação dos níveis de <i>stress</i> antes e após as sessões de formação/relaxamento;	- Realização das diferentes atividades supramencionadas (sessões de EpS, sessões de relaxamento, entrega de <i>pens</i> e afixação de <i>posters</i>) - Distribuição de um questionário auto preenchido, no final de cada sessão, para avaliar o impacto a nível do <i>stress</i> , naquele dia.	- Análise dos dados emergentes da aplicação do questionário final, para verificar se houve redução dos níveis de <i>stress</i> .

5. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação necessita da determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis, devendo ter por base informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter (Imperatori & Giraldes, 1993). Os autores reiteram que, para que a avaliação seja adequada, isto é, permita comparar eficazmente estados iniciais e finais de uma determinada situação, relacionando os objetivos e metas estabelecidos, as atividades realizadas e recursos despendidos, esta deverá ser um processo contínuo.

Como ferramentas de avaliação do projeto, foram utilizados indicadores de saúde: “um constructo útil para a quantificação, monitorização e avaliação da saúde e seus determinantes, quer o objeto seja uma população, quer uma pessoa” (Dias, Freitas & Briz, 2007, p.441). Do ciclo de planeamento clássico e normativo, classificam-se os indicadores nas categorias de: recursos, processos e resultados (Pineault & Daveluy, 1992, citado por Dias *et al*, 2007). Para o presente, foram utilizados dois tipos de indicadores, os de processo e de resultado. Os indicadores de processo dizem respeito ao modo como os cuidados foram prestados e recebidos, incluindo a procura de cuidados por parte do utente, como este os segue, isto é, a sua adesão, e as atividades do prestador para chegar ao diagnóstico e implementar as intervenções; e os indicadores de resultado ou impacto - incluem os efeitos dos cuidados no estado de saúde das pessoas e populações, incluindo a melhoria do conhecimento do cliente, mudanças salutareis de comportamento e a satisfação com os cuidados (Donabedian, 1980, citado por Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

O cálculo dos indicadores, foi realizado tendo por base um quadro-matriz que sintetiza a adesão dos grupos profissionais, às atividades realizadas, que se encontra no Apêndice XXIX. Para facilitar a compreensão do seu cálculo, segue-se a cada objetivo, um pequeno quadro que representa a meta pretendida e a respetiva avaliação, na população deste projeto – trabalhadores de saúde dos serviços de ambulatório: Serviço A e B.

- Sensibilizar pelo menos 50% dos trabalhadores de saúde, para os resultados emergentes da aplicação do questionário EVF;

Quadro 2 – Indicadores de processo/adesão: sensibilização resultados

INDICADORES DE PROCESSO/ADESÃO	META	AVALIAÇÃO
Nº de trabalhadores de saúde que participaram nas sessões para a divulgação dos resultados emergentes do questionário EVF		(42/70)
Nº de trabalhadores de saúde existentes nos serviços *	50%	60%

*Os médicos do serviço B não apresentaram disponibilidade e abertura para a participação ao longo de todo o projeto, logo na fase de diagnóstico de situação, com apenas um médico a responder ao questionário EVF, pelo que, na fase de priorização das necessidades – e respetiva auscultação da comunidade, não foram incluídos.

- Caraterizar o *stress*, em 70% dos trabalhadores de saúde, que participaram na fase de implementação do projeto;

Quadro 3 – Indicadores de processo/adesão: avaliação *stress* profissional

INDICADORES DE PROCESSO/ADESÃO	META	AVALIAÇÃO
Nº de trabalhadores avaliados (ESPE)		(29/40)
Nº de trabalhadores diferentes que participaram na fase de implementação (Gestão de Stress: Estratégias Individuais” + sessões de relaxamento)	70%	72,5%

Após a aplicação da ESPE aos trabalhadores que participaram nas sessões “Gestão de *stress*: estratégias individuais” (29 trabalhadores), ficou patente que as dimensões mais sensíveis, foram as mesmas, por ordem classificativa decrescente: contacto com morte e dor – Serviço A: 3,25 Serviço B: 3,73; sobrecarga – Serviço A: 2,77 Serviço B: 3,12; ambiguidade de papel – Serviço A: 2,5 Serviço B: 2,65; e, por fim, interação conflituosa – Serviço A: 1,98 Serviço B: 2,39. A primeira dimensão mais relevada – contacto com morte e dor, corresponde ao grau em que os profissionais são afetados pelo contacto com os utentes que estão em sofrimento, fase terminal, ou que morrem e a sobrecarga é concernente ao excesso de carga de trabalho, quer quantitativa ou qualitativamente, dependendo da exigência, do tempo e dos recursos necessários e disponíveis para cumprir as atividades (Rainho *et al*, 2015).

A metodologia utilizada para avaliação da escala, foi a mesma proposta pelos autores: após inversão da pontuação do item 2, as pontuações totais das dimensões obtiveram se através da média ponderada dos valores atribuídos pelos trabalhadores da saúde, aos itens, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a uma maior

intensidade dos fatores de *stress* profissional (Rainho *et al*, 2015). O tratamento de dados foi realizado com recurso ao programa informático Microsoft Office Excell – versão 2016, é o quadro que sintetiza as médias de ambos os serviços, encontra-se em apêndice (Apêndice XXX).

- Identificar os mecanismos de *coping* utilizados, em pelo menos 70% dos trabalhadores de saúde, que participaram na fase de implementação do projeto;

Quadro 4 – Indicadores de processo/adesão: identificação mecanismos *coping*

INDICADORES DE PROCESSO/ADESÃO	META	AVALIAÇÃO
Nº de trabalhadores que identificou mecanismos de <i>coping</i> utilizados		(29/40)
Nº de trabalhadores diferentes que participaram na fase de implementação (Gestão de Stress: Estratégias Individuais” + sessões de relaxamento)	70%	72,5%

Para o cálculo dos dois indicadores supramencionados, foram considerados os trabalhadores que participaram na fase de implementação do projeto, isto é, os que frequentaram as sessões formativas de gestão de *stress* e as sessões de relaxamento. O ideal teria sido caraterizar o *stress* e identificar os mecanismos de *coping* nos indivíduos que não se excluíram da fase de implementação do projeto (todos os grupos profissionais à exceção dos médicos, que se excluíram por falta de disponibilidade), contudo, à *priori*, soube que não o conseguiria fazer atempadamente, para adaptar as intervenções ao tipo de *stress* evidenciado pela população. Neste sentido, e por uma questão de facilitar a recolha de informação em tempo útil, optou-se por caraterizar o *stress* e identificar os mecanismos de *coping* nos trabalhadores que frequentaram a formação “Gestão de *stress*: Estratégias individuais”, que, por uma questão cronológica, antecedeu as sessões de relaxamento. Assim, não se conseguiu avaliar o tipo de *stress* em toda a população que participou na fase de implementação (40 pessoas diferentes que participaram nas sessões formativas e de relaxamento), ficando por avaliar, 11 pessoas (27,5%), que não participaram na sessão “Gestão de *stress*: Estratégias individuais” mas que frequentaram as sessões de relaxamento.

Ao categorizar as respostas dos trabalhadores sobre os mecanismos de *coping* mobilizados, enquadrei-as em duas categorias base: as focadas no problema e as focadas nas emoções (Ribeiro & Santos, 2001). Uma vez que os processos de *coping* humanos são bastante ricos e complexos e certas estratégias de *coping* encaixam-se quer nas funções de *coping* focadas no problema, quer nas focadas nas emoções, os autores consideraram também uma categoria própria para a procura de suporte social, uma vez que, a procura de aconselhamento, inclui-se tanto no primeiro, como no segundo tipo de estratégias, fornecendo informação concreta para ajudar a resolver um problema (*coping* focado no problema) e, simultaneamente, ajudando o indivíduo a sentir-se apoiado emocionalmente (*coping* focado nas emoções) (Ribeiro & Santos, 2001). Assim, todos os trabalhadores que responderam “diálogo com a pessoa com que teve conflito; o confronto da mesma”, foram englobados na categoria de *coping* centrado no problema (44.8%); todos os que referiram o autocontrolo das emoções, o distanciamento e a fuga, foram inseridos na categoria de *coping* centrado nas emoções (48.3%); e respostas como “procura de apoio num familiar e/ou colega; desabafar com um amigo”, foram inseridas na categoria de procura de suporte social (62.1%). Importa referir que, muitos trabalhadores não se cingiram a uma única categoria, optado por recorrer a várias estratégias para lidar com o mesmo problema. No Apêndice XXXI, encontra-se um quadro síntese, dos mecanismos de *coping* habitualmente, utilizados pelos trabalhadores.

Nos participantes, verificou-se um aumento das estratégias centradas nas emoções, em detrimento das centradas nos problemas, contudo, denotou-se uma maioria de respostas na procura de suporte social como estratégia de *coping*. Os estudos de Thorton (1992), Leiter (1991) e Etzion & Pines (1986), mostram que as estratégias de *coping* inativas, tais como o escape e a evicção, aumentam a exaustão emocional, tornando este tipo de estratégias num meio particularmente ineficaz para evitar o desgaste profissional, contrariamente, o uso de estratégias centradas no problema está associado à prevenção do mesmo (Tamayo & Tróccoli, 2002).

A validade das respostas facultadas pelos trabalhadores pode não ser considerada tão fidedigna como se tivesse usado uma escala previamente validada, todavia há que valorizar o relato dos participantes, porque permite apreciar o tipo de mecanismos de *coping* utilizados. Sugere-se à *posteriori*, e para um estudo mais

aprofundado, a aplicação de instrumentos de avaliação quantitativa, nomeadamente, o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus – adaptado para a língua portuguesa (Savóia, Santana & Mejias, 1996); ou a Escala de *Coping* Ocupacional de Latack – adaptada para português (Alves, 2010).

- Implementar estratégias de gestão do *stress* junto, pelo menos 50% dos trabalhadores de saúde, que não se excluíram da fase de implementação do projeto;

Quadro 5 – Indicadores de processo/adesão: implementação das estratégias

INDICADORES DE PROCESSO/ADESÃO	META	AVALIAÇÃO
Nº de trabalhadores de saúde que compareceram nas sessões de Formação “Gestão de <i>Stress</i> : Estratégias Individuais” + sessões de relaxamento		(58/71)
Nº de trabalhadores de saúde que confirmaram presença nas sessões Formação “Gestão de <i>Stress</i> : Estratégias Individuais” + sessões de relaxamento	70%	81,7%
Nº de trabalhadores diferentes que frequentaram nas sessões de Formação “Gestão de <i>Stress</i> : Estratégias Individuais” + sessões de relaxamento		(40/55)
Nº de trabalhadores dos serviços *(1)	50%	72,7%
Nº de sessões de Formação “Gestão de <i>Stress</i> : Estratégias Individuais” + sessões de relaxamento realizadas	100%	(10/10) 100%
Nº de sessões de sessões de Formação “Gestão de <i>Stress</i> : Estratégias Individuais”+ sessões de relaxamento previstas		
Nº de <i>posters</i> afixados nos locais de trabalho dos diferentes grupos profissionais		(4/4)
Nº de salas de trabalho dos grupos profissionais (acessibilidade dos trabalhadores aos <i>posters</i>)	100%	100%
Nº de <i>pen</i> entregues a cada serviço		(2/2)
Nº de serviços em causa (acessibilidade dos trabalhadores às <i>pens</i>)	100%	100%

* (1) Para o cálculo deste indicador, foi eliminado o grupo profissional dos médicos que se autoexcluíram, por falta de disponibilidade.

As estratégias de gestão de *stress* incluíram as quatro sessões de formação “Gestão de *stress*: Estratégias individuais”, as seis sessões de relaxamento realizadas, a afixação de *posters* e a distribuição de *pens*. Para o cálculo deste indicador, considerou-se a adesão dos participantes às sessões formativas e sessões de relaxamento e a acessibilidade dos trabalhadores aos *posters* e *pens*. Contudo, há que considerar que, apesar de ser um serviço de ambulatório, existem horários diferentes ao longo das 12 horas de serviço, e mesmo atendendo ao facto de se terem

realizado várias sessões para aumentar a cobertura a nível de número de trabalhadores, nem todas as pessoas estavam de serviço quando as mesmas foram realizadas. Há que considerar também as ausências por baixa, que totalizaram 7 trabalhadores, bem como, pelo facto de as sessões terem sido realizadas no horário de trabalho, algumas pessoas terem de ficar a assegurar os serviços, quando as mesmas foram realizadas. Destaco aqui, os AT do serviço A que, por terem dois trabalhadores ausentes, não puderam comparecer a nenhuma sessão e os AO do serviço A que também não presenciaram nenhuma.

Para a avaliação dos *posters* e *pens*, considerou-se a acessibilidade que os grupos profissionais que participaram na fase de implementação do projeto, tiveram aos mesmos. Assim, reconheceu-se estarem acessíveis a todos os profissionais que participaram, tendo sido afixados na sala de enfermagem dos dois serviços (estando assim disponíveis a todos os enfermeiros e AO) e na sala dos AT dos dois serviços (estando acessíveis a todos os AT dos serviços).

A fim de avaliar o objetivo abaixo mencionado, segue-se um quadro com o cálculo dos indicadores de resultado e/ou impacto e respetivas metas e resultados.

- Reduzir os níveis de *stress*, em pelo menos 50%, dos trabalhadores de saúde, que participaram nas sessões realizadas.

Quadro 6 – Indicadores de resultado/impacto – Redução níveis de *stress* após implementação de estratégias

INDICADORES DE RESULTADO/ IMPACTO	META	AVALIAÇÃO
Nº de trabalhadores com redução do nível de <i>stress</i> após sessão de Formação “Gestão de <i>Stress</i> : Estratégias Individuais” e sessões de relaxamento		(60/69)
Nº de trabalhadores presentes nas sessões	50%	87%

Para o cálculo deste indicador foi tido em conta a autoavaliação dos níveis de *stress*, após o *términus* de cada sessão, através de uma escala que avalia os níveis de *stress* antes e após cada sessão (Apêndice XXXII). O quórum de ambas as sessões – formativas e de relaxamento – totalizou 69 trabalhadores: 29 participantes nas sessões formativas e 40 nas sessões de relaxamento. A título informativo, dos 40

que frequentaram as sessões de relaxamento, 9 repetiram duas sessões e 1 repetiu três (participaram 30 trabalhadores diferentes). Verificou-se que num quórum de 40 trabalhadores, presentes nas sessões de relaxamento, 25% (10 em 40), foram repetentes, o que pode ser considerado um fator positivo, porque ao repetir as sessões, os trabalhadores as consideravam benéficas. Foi importante perceber o impacto que as sessões tiveram junto dos trabalhadores, pois superaram em muito a meta estabelecida dos 50%. Foi gratificante perceber que as sessões, quer formativas, quer de relaxamento, tiveram um efeito salutar, na gestão do *stress*, em 87% dos participantes.

Uma vez que a satisfação do cliente também é um importante indicador de resultado/ impacto das atividades implementadas, segue-se um quadro representativo da sua avaliação:

Quadro 7 – Indicadores de resultado/impacto: satisfação do cliente face às estratégias implementadas:

INDICADORES DE RESULTADO/ IMPACTO	META	AVALIAÇÃO
Nº de trabalhadores que consideraram pertinentes as sessões (tema)		(69/69)
Nº de trabalhadores presentes nas sessões	90%	100%
Nº de trabalhadores que consideraram pertinentes as sessões (adequação às necessidades)		(66/69)
Nº de trabalhadores presentes nas sessões	70%	95,7%
Nº de trabalhadores que consideraram pertinentes as sessões (condução eficaz)		(69/69)
Nº de trabalhadores presentes nas sessões	70%	100%
Nº de trabalhadores que consideraram pertinentes as sessões (tempo de sessão adequado)		(43/69)
Nº de trabalhadores presentes nas sessões	70%	62,3%
Nº de trabalhadores que consideraram pertinente a afixação de um poster		(37/40)
Nº de trabalhadores presentes nas sessões	90%	92,5%
Nº de trabalhadores que consideraram pertinente a distribuição de uma pen com playlist de relaxamento		(38/40)
Nº de trabalhadores presentes nas sessões	90%	95%

No que se refere à satisfação do cliente relativamente às estratégias implementadas, as metas foram superadas. O tempo de sessão foi, porém, considerado inadequado por 62,3%. Foi mencionado pela maioria dos trabalhadores,

após o seu *términus* das sessões, que este item teria sido inferior ao desejado. Contudo, para que esta estratégia fosse replicada pelos próprios mais tarde e fosse comportável pelos serviços em horário de trabalho, foi reforçado que foi necessário ser realizada em períodos curtos.

Torna-se importante referir que os constrangimentos temporais na implementação do projeto, não possibilitaram a avaliação dos resultados a longo prazo e verificar se as intervenções teriam efeitos duradouros, nomeadamente, o período pós-formativo de técnicas de relaxamento nos serviços A e B, com a aplicação autónoma das estratégias abordadas, pelos trabalhadores dos serviços. Para ultrapassar este constrangimento, sugeriu-se a eleição de elementos dinamizadores nas equipas, para dar continuidade ao projeto iniciado. Todos demonstraram, interesse na sugestão e na utilização das ferramentas facultadas (*posters, pens*), enaltecendo a sua elevada pertinência para a realidade dos seus contextos.

SÍNTESE CONCLUSIVA

Os estilos de vida assumem importância capital na saúde das populações. Eles envolvem escolhas individuais ou coletivas, refletindo-se nas práticas quotidianas levadas a cabo pelos indivíduos ou comunidades, em diversos domínios das atividades de vida diárias. Os comportamentos de saúde adotados pelas populações, associados a estilos de vida inadequados, são determinantes no estado de saúde das mesmas, condicionando o aparecimento de DCNT, por vezes incapacitantes. O desenvolvimento de DCNT, por sua vez, está relacionado com a perda de qualidade de vida, com o aumento do absentismo laboral e, conseqüentemente, com a falta de produtividade.

Nesta linha de pensamento, o percurso desenvolvido ao longo do curso de mestrado, despertou-me para a importância que o EESC assume, tal como consta no Regulamento das Competências Específicas do EESC – RCEEESC, na resposta às necessidades dos diferentes clientes, tendo por base os seus conhecimentos especializados orientados para a avaliação multicausal, para a tomada de decisão e para desenvolvimento de projetos de intervenção tendo em vista a capacitação das comunidades, proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2010). Destaco, particularmente, a posição privilegiada que os enfermeiros do trabalho ocupam, junto dos trabalhadores de qualquer instituição, possuindo competências ímpares que lhes permitem realizar atividades de prevenção de acidentes e doenças agravadas ou relacionadas com o trabalho, e fundamentalmente, de promoção da saúde, que possam interferir positivamente na evicção ou retardamento de DCNT.

Tendo por base o RCEEESC (OE, 2010), considero ter atingido as competências de EESC, uma vez que estabeleci, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (diagnóstico de situação de saúde em trabalhadores de dois serviços de ambulatório de um HCL); contribuí para o processo de capacitação dos mesmos e coordenei um programa de saúde de âmbito comunitário (dirigido para a gestão dos mecanismos de *coping* dos trabalhadores de saúde) integrado no PNS, concretamente, no PNSOC, onde se dinamizou a promoção da saúde no local de trabalho, através de intervenções “*on job*”, fomentando práticas de trabalho e estilos de vida saudáveis, num HCL.

Para a aquisição de competências de EESC contribuíram os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste curso, a autoformação com pesquisa constante assente na evidência científica atualizada, a incursão aos cuidados de Saúde Primários (CSP) na Unidade Curricular Opção II e, sobretudo, o desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária.

Tendo em consideração a minha inexperiência na prestação de cuidados à comunidade, traduzida pelos oito anos de prática hospitalar, posso afirmar que o contacto com a realidade dos CSP foi fundamental para a compreensão do cuidar, na perspetiva da EC. Enquadrando o modelo de Benner (2001), à minha prática profissional no cuidado à comunidade, poderia afirmar que me situava no estadio I – iniciada. Porém, a passagem por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região de Lisboa e o desenvolvimento das várias atividades que lhe foram inerentes, permitiram-me uma melhor apreensão da realidade dos CSP e do cuidar no contexto da comunidade.

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária permitiu-me também, compreender o rigor científico e metodológico inerentes a cada etapa do planeamento em saúde, valorizando sempre o respeito pelos aspetos éticos indispensáveis à consecução do projeto, para que as intervenções realizadas se manifestassem em resultados significativos e extrapoláveis para a saúde da população envolvida, da sociedade e da própria profissão de enfermagem. A capacitação dos trabalhadores de saúde para a adoção de estilos de vida salutareis, valorizáveis e traduzíveis em ganhos em saúde, especificamente na área da gestão do *stress*, constituiu o cerne do projeto e só foi possível tendo o MPS de Pender *et al* (2015), como fio condutor, encontrando-se no Apêndice XXXIII, o diagrama do MPS de Pender *et al* (2015), que sintetiza a mobilização do modelo, para o contexto do projeto. Aqui destaco a terceira componente do modelo – resultado do comportamento e experiências individuais – onde foi estabelecido um compromisso com um plano de ação, através da eleição de trabalhadores que dinamizassem a implementação de técnicas de relaxamento nos serviços, tendo em consideração as exigências imediatas e as preferências dos trabalhadores – horários, duração, tipo de técnica, tendo em vista o comportamento de promoção de saúde: gestão de *stress* através da utilização de técnicas de relaxamento treinadas.

A realização do projeto de intervenção na comunidade, foi decisiva para a aquisição e mobilização de novos saberes e competências, imprescindíveis não só, para o cuidar especializado a indivíduos, grupos e comunidades sob a perspectiva de EC, como também para o desenvolvimento de aptidões de 2º ciclo, correspondentes ao grau de mestre. Para a reflexão sobre os conhecimentos e competências correspondentes a esta categoria, adquiridos no percurso, importa mobilizar os descritores de Dublin (Direção-Geral do Ensino Superior - DGES, 2016). Considero ter adquirido as competências de 2º ciclo uma vez que, constituí a base de desenvolvimento de aplicações originais em contexto de investigação (projeto de intervenção comunitária na área de gestão de *stress* – não existente ainda, num SSO de um HCL); apliquei conhecimentos e desenvolvi a capacidade de compreensão e resolução de problemas a contextos alargados e multidisciplinares – projeto de intervenção em dois serviços de ambulatório com os quais não tinha qualquer contacto, estabelecendo parcerias e integrando vários elementos da equipa multidisciplinar – enfermeiros do SSO, psicólogos da instituição; considerei as implicações e responsabilidades éticas e sociais – tendo por base o respeito pelos valores éticos dos sujeitos diretamente envolvidos no projeto (consentimento informado, pedidos de autorização aos autores dos instrumentos aplicados e aos responsáveis pela tutela dos trabalhadores). Desenvolvi competências de autoaprendizagem, de um modo essencialmente auto-orientado e autónomo e, no que respeita à capacidade de comunicação de resultados de investigação, de forma clara e não ambígua, posso afirmar que essa competência foi sendo desenvolvida ao longo do percurso, quer na sensibilização dos trabalhadores de saúde para os resultados do diagnóstico de saúde, quer à equipa multiprofissional que compõe o SSO – através das diversas sessões formativas realizadas durante o período de estágio, para informar acerca do desenvolvimento do projeto (Apêndice XXXIV), quer, por fim, a um júri, na arguição do relatório em provas públicas.

O percurso desenvolvido constituiu-se num importante desafio a nível pessoal e profissional, abrindo caminho a um novo rumo na prestação de cuidados. Os contributos a nível profissional, incluem a capacidade de planear cuidados a um contexto mais alargado, comparativamente aos delineados a nível individual, tornando-me mais capacitada para o planeamento e execução de projetos comunitários, sustentados na melhor evidência científica, e o aguçar do poder

argumentativo e de negociação junto dos pares e das equipas multiprofissionais, o trabalho em rede e o estabelecimento de parcerias frutíferas para o alcance de objetivos concretos, designadamente, a promoção da saúde das populações. Para os trabalhadores de saúde com que trabalhei, os ganhos incidiram na capacidade de resposta a situações de *stress* no quotidiano de cuidados, dotando-os de estratégias de *coping* adequadas, para a gestão do mesmo. A nível pessoal, evidencio a importância das competências reflexivas e comunicacionais, não apenas como instrumento básico da enfermagem, mas ainda, nas relações pessoais que estabeleço fora do contexto da prestação.

Considero importante destacar o interesse que o desenvolvimento deste projeto me incutiu, pela área da gestão de *stress*. Toda a pesquisa bibliográfica e autoformação realizadas, inerentes ao desenvolvimento de estratégias úteis para implementar junto dos trabalhadores, foram um desafio. Foi extremamente gratificante também, perceber que as aprendizagens efetuadas numa área tão singular, que não dominava, foram efetivamente importantes e úteis para a população, que demonstrou interesse, através da elevada adesão às sessões, salientando a perceção dos benefícios: redução dos níveis de *stress*. A nível pessoal, as aprendizagens efetuadas nesta área foram profícuas, sendo possível transpô-las para o meu quotidiano de cuidados.

Em jeito de conclusão, e tendo por base as premissas anteriores, considero ter atingido os objetivos a que me propus, tendo recorrido a estratégias e atividades pertinentes para a sua realização. As competências técnicas, científicas e relacionais adquiridas permitem-me situar agora, de acordo com o modelo de Benner (2001, p.54-55), no nível proficiente – “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados e as suas ações são guiadas por máximas”. Sinto-me agora mais competente para prestar cuidados a indivíduos, grupos e comunidades, e de abraçar projetos a nível da EC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. M. (2005). Prevenção em saúde - Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1) pp. 91-96.
- Antunes, R. (2009). *Enfermagem do Trabalho - Contributo do Enfermeiro para a Saúde no Trabalho - Dissertação de Mestrado*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Añez, C., Reis, R. & Petroski, E. (2008). Versão Brasileira do questionário “Estilo de vida Fantástico”: Tradução e validação para Adultos Jovens . *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 91(2), pp.102-109.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Borges, E. & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no Stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, pp. 37-42.
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Coelho, J. & Júnior, A. P. (2015). Avaliação do estilo de vida em adultos jovens universitários. *Revista Gestão, Sustentabilidade e Negócios*, 3, pp. 41-50.
- Despacho n.º 4027-A/2016 de 18 de Março (2016). Estabelece como prioridade a criação de um Programa de Prevenção e Gestão da Doença Crónica e promoção da saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública. Diário da República II Série, Nº 55 (18-03-2016) 9720- (2).
- Dias, C., Freitas, M. & Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com Interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, pp. 439-450.

- Direção- Geral da Saúde (2016). *www.dgs.pt*. Obtido em 12 de 07 de 2017, de <https://www.dgs.pt/delegado-de-saude-regional-de-lisboa-e-vale-do-tejo/programas--projetos--grupos-tecnicos/saude-ocupacional.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa. Direção- Geral da Saúde
- Direção- Geral da Saúde (2014). *Orientação nº 009/2014*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. Consultado em 26 de 02 de 2018, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092014-de-03062014.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2º Ciclo 2013/2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral do Ensino Superior (2016). *Descritores Dublin*. Consultado em 22 de 01 de 2018, de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Durán, H. (1989). *Planeamento da Saúde - Aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Federation of Occupational Health Nurses (2017). *Occupational Health Nurse Definition*. Consultado em 13 de 07 de 2017, de [fohneu.org: http://www.fohneu.org/about_us/ohn_definition/](http://www.fohneu.org/about_us/ohn_definition/)
- Fontes, R. M. (2007). *Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes: estudo do impacte de um projeto de intervenção*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Obtido de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7267/2/xtese4.pdf>.

- Fortin, M. F. (1996). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência: Edições técnicas e científicas, Lda.
- Goeppinger, J. & Shuster, G. (2011). A comunidade como cliente: apreciação e análise. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (pp. 356-389). (7ª ed.) Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Grazziano, E. d. (2008). *Estratégia para a redução de stress e burnout entre enfermeiros hospitalares - Tese de Doutoramento*. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Edições de Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014 - Edição de 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Keller, L. O., Strohschein, S. & Briske, L. (2011). Prática de Enfermagem de Saúde Pública Centrada na População: A roda de intervenção. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 196- 223). (7ª ed.) Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). The Concept of *Coping*. In A. Monat, & R. S. Lazarus, *Stress and Coping* (pp. 183-206). New York: Columbia University Press.
- Matoso, T. & Leite, E. (2016). www.chln.min-saude.pt. Consultado em 18 de 06 de 2017, de <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/informacao-institucional/destaques/item/420-testemunho-certificacao-do-servico-de-saude-ocupacional-do-hospital-de-santa-maria>.
- Nunes, E. (2006). Programas Nacionais relacionados com a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis. *Fórum Nacional de Saúde*. Lisboa: Direção- Geral de Saúde.
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.

Oliveira, A. & André, S. (2010). Enfermagem em Saúde Ocupacional. *Millenium*, 41, pp. 115-122.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE - Versão 2015*. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico.

Organização Mundial da Saúde. (2010). *MI-GAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de outras drogas na rede de atenção básica à saúde*. Obtido de [www.who.int/mental_health/](http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf): http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf

Organização Mundial de Saúde - Europa. (2001). *O Enfermeiro do Trabalho na Gestão de Saúde Ocupacional*. Copenhaga: Tadinense – Artes Gráficas.

Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento - Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing in Nursing Practice*. Harlow: Pearson Education Limited.

Pereira, R. E. (2011). *Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta*. Tese de Mestrado, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.

Rainho, M. d., Pimenta, G., Antunes, M. C. & Monteiro, M. J. (2015). Validação da escala de stress profissional em enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, pp. 48-54.

Regulamento n.º 128/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República II Série, N.º 35 (18/02/2011) 8667- 8669.

Ribeiro, J. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XIX), pp. 491-502.

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde - Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.

- Rodrigues, A. & Chaves, E. C. (2008). Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino- americana Enfermagem*, 16(1), (sp).
- Sacadura-Leite, E., & Uva, A. S. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Revista Saúde & Trabalho – Orgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*, (sn), pp. 25-42.
- Santos, C. S. (2012). *Estratégias de Coping e Stress no ensino superior: Programa de intervenção*. Tese de Mestrado, Coimbra. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra.
- Sardinha, L. B., Matos, M. G. & Loureiro, I. (1999). Promoção da Saúde - Modelos e Práticas de Intervenção nos âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana - Serviço de Edições.
- Selye, H. (2001). History and Present Status of the *Stress* Concept. Em A. Monat & R. Lazarus, *Stress and Coping: An Anthology* (pp. 21-35). New York: Columbia University Press.
- Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao *stress*. *Psiquiatria clínica*, 21, pp. 261-278.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), pp. 1901-1909. doi:10.1590/1413-81232014196.04822013.
- Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N. & Peres, S. (2011). Os Enfermeiros e...A Educação para a Saúde. Obtido em 26 de 12 de 2017, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>

- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª ed.) Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Taetsl, G. G., Borba-Pinheiro, C. J., Figueiredo, N. M., & Dantas, E. H. (30 de Julho de 2012). Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de stress de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, pp. 385-390.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1), pp. 37-46.
- The National Institute for Occupational Safety and Health. (1999). *Stress at work*. Cincinnati: Publications Dissemination, EID . Obtido de Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica*. (6ª ed.) Loures: Lusociência.
- Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Acta Paulista de Enfermagem. *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*, 3, pp. 235-240.
- Videira, I. M. (2016). *Efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde - Tese de Mestrado*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Williams, C. & Stanhope, M. (2011). Prática focada na população: O fundamento da especialização em Enfermagem de saúde pública. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (pp. 2-21). (7ª ed.) Loures: Lusodidacta- Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- World Health Organization. (s.d.). [www.who.int](http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf). Consultado em 28 de 02 de 2018 de http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf.
- World Health Organization. (2003). *Work Organisation & Stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Geneve: World Health Organization Publications.

World Health Organization - Regional Office for Europe. (2013). *Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen. World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Global Action Plan For The Prevention and Control of Noncommunicable Diseases - 2013-2020*. Geneva: Who Press.

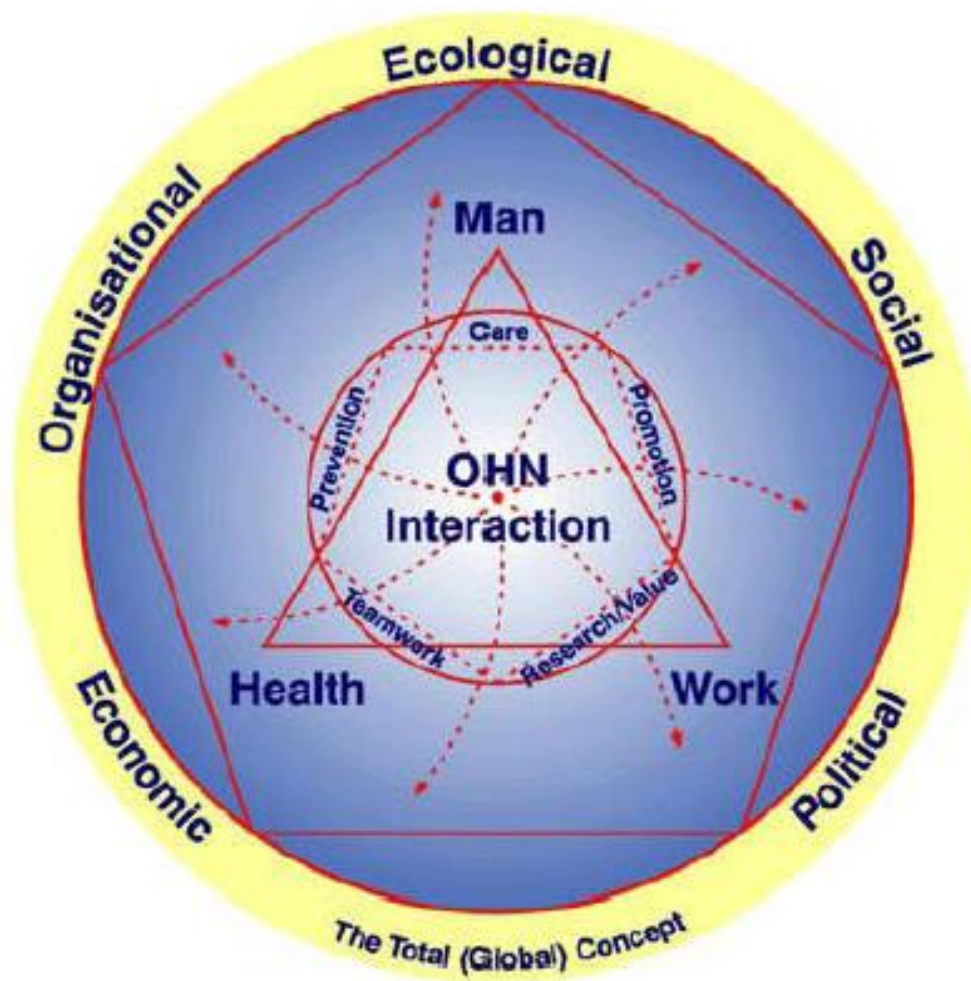
World Health Organization. (2014). *www.who.int*. Consultado em 18 de 06 de 2017, de <http://www.who.int/nmh/countries/en/>

ANEXOS

ANEXO I

Modelo Conceptual de Hanasaari

MODELO CONCEPTUAL DE HANASAARI



The Hanasaari model, Alston et al., 1988

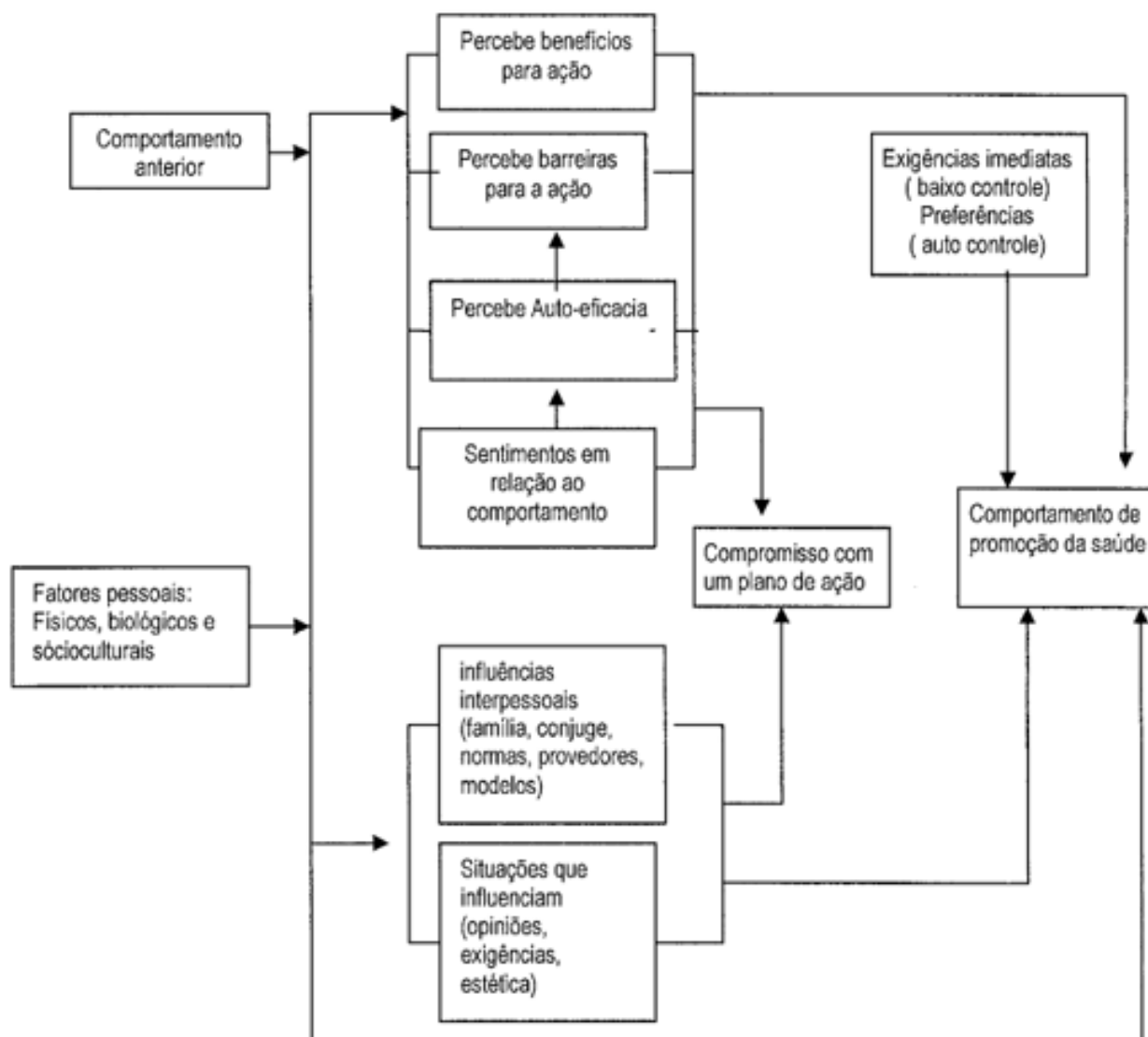
ANEXO II

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde

1. Características

2. Comportamento Específico

3. Resultado do Comportamento e experiências individuais



Fonte: Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Acta Paulista de Enfermagem. *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*, 3, pp. 235-240.

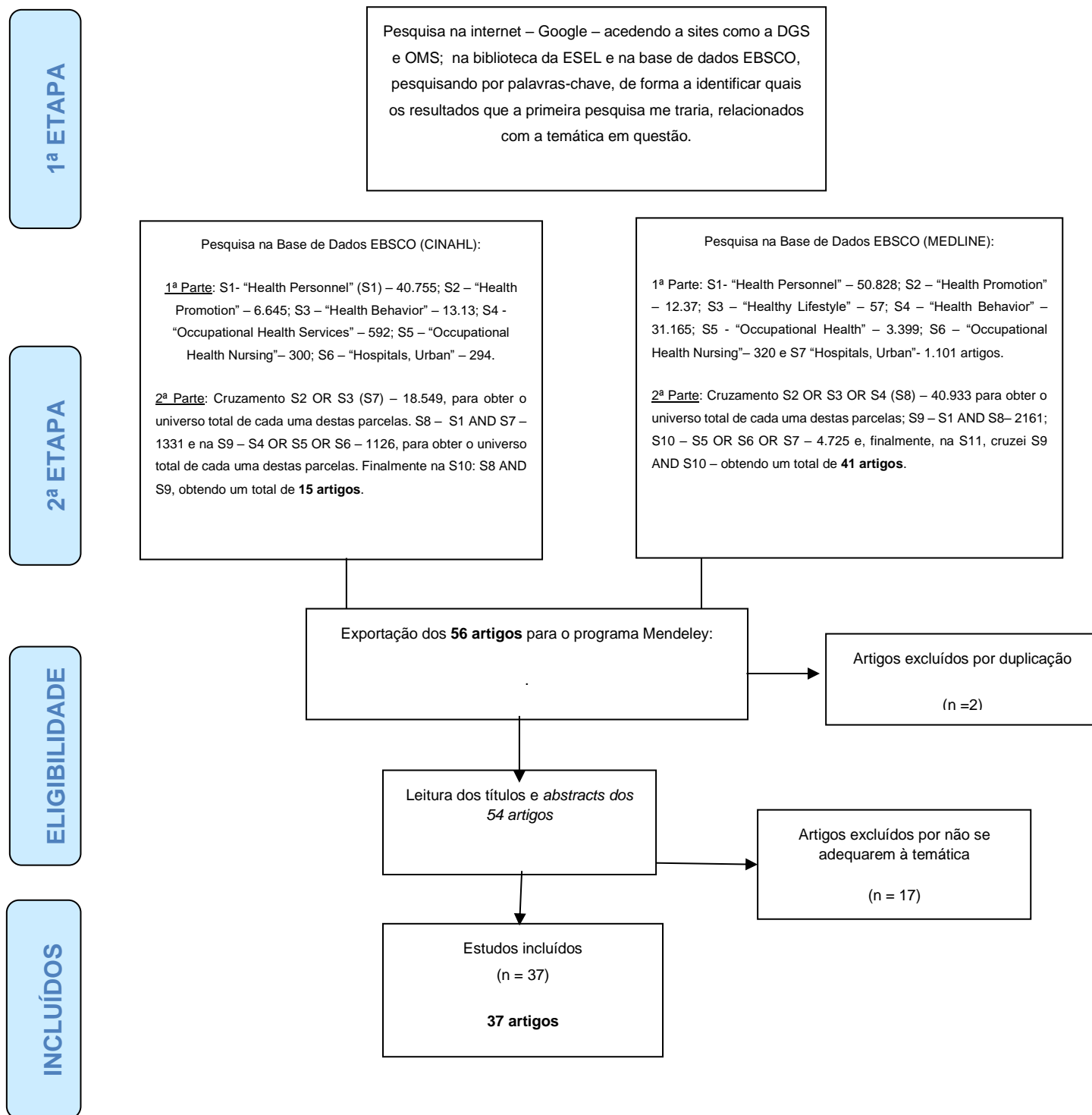
APÊNDICES

APÊNDICE I

Prisma Flow Diagram



PRISMA 2009 Flow Diagram



Na primeira etapa, pesquisei relativamente ao tema na internet – através do Google, acedendo a sites como a DGS e OMS –, na biblioteca da ESEL e na base de dados EBSCO, pesquisando por palavras-chave, de forma a identificar quais os resultados que a primeira pesquisa me traria, relacionados com a temática em questão.

Na segunda etapa, utilizei a base de dados EBSCO, empregando as ferramentas de pesquisa CINAHL e MEDLINE, separadamente, pesquisando pelos termos indexados, verificando assim, quais os termos que mais se adequavam à pesquisa. Assim, quando acedi à CINAHL, realizei uma primeira pesquisa com os termos indexados, para que, posteriormente os pudesse cruzar, para obter os artigos o mais adequados possível à temática. Desta forma, com o termo indexado “Health Personnel” (S1), resultaram 40.755 artigos. Prosseguiu-se com a pesquisa pelos termos indexantes: S2 – “Health Promotion” – 6.645, S3 – “Health Behavior” – 13.134, S4 - “Occupational Health Services” – 592, S5 – “Occupational Health Nursing” – 300, S6 – “Hospitals, Urban” – 294. Na segunda parte desta pesquisa cruzei S2 OR S3 (S7) – 18.549, para obter o universo total de cada uma destas parcelas. Na S8 cruzei S1 AND S7 – 1331 e na S9 cruzei S4 OR S5 OR S6 – 1126, para obter o universo total de cada uma destas parcelas. Finalmente na S10: cruzei S8 and S9, obtendo um total de 15 artigos. Paralelamente, acedi à MEDLINE (ver apêndice x) da seguinte forma: S1- “Health Personnel” – 50.828, S2 – “Health Promotion” – 12.374, S3 – “Healthy Lifestyle” – 57, S4 – “Health Behavior” – 31.165, S5 - “Occupational Health” – 3.399, S6 – “Occupational Health Nursing” – 320 e S7 “Hospitals, Urban” - 1.101 artigos. Na segunda parte desta pesquisa cruzei S2 OR S3 OR S4 (S8) – 40.933 para obtermos o universo total de cada uma destas parcelas. Na S9 cruzei S1 AND S8 – 2161, na S10 cruzei S5 OR S6 OR S7 – 4.725 e, finalmente, na S10, cruzei S9 AND S10 – obtendo um total de 41 artigos.

Seguidamente, exportei os artigos selecionados (56 artigos no total), para o programa Mendeley que excluiu dois, por se encontrarem duplicados, reunindo desta forma 54 artigos. Após leitura dos títulos e *abstracts* destes 54 artigos, excluí 17 artigos por não se adequarem à temática em questão, finalizando, deste modo, a pesquisa, com 37 artigos.

APÊNDICE II

Pedido de autorização para aplicação do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Cara Prof.^a Dr^a Irma Silva Brito,

Somos alunos do 8º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no âmbito da Unidade Curricular “Opção II”, onde teremos de desenvolver um projeto de intervenção comunitária em contexto de estágio, surgiu o interesse em aplicar o questionário “Estilo de Vida Fantástico”.

Vimos por este meio solicitar a sua autorização para utilizar o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, que se encontra já traduzido, adaptado e validado do questionário original “*Fantastic Lifestyle Assessment*” e publicado na revista Ciência & Saúde Coletiva em 2014, para aplicar numa amostra de trabalhadores num hospital da região de Lisboa, com o intuito de avaliar os seus estilos de vida e projetar posterior intervenção, mediante os resultados emergentes no diagnóstico de situação realizado.

Gratos pela atenção dispenada,

Enfº Carlos Ferreira – carlos.ferreira@campus.esel.pt

Enfª Sílvia Saramago Paiva – silvia.paiva@campus.esel.pt

8º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária

APÊNDICE III

**Pedidos de autorização para participação no estudo, às entidades
responsáveis pela tutela dos trabalhadores**

Exm^a Sr^a Dr^a Diretora Clínica do CHLN

Maria Margarida Barreira Lucas

Sou a enfermeira Sílvia Saramago Paiva e no âmbito do desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, em contexto de estágio no Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de Santa Maria, inerente ao 8º Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surgiu como área de interesse, a avaliação de estilos de vida numa amostra de trabalhadores deste hospital.

O projeto intitulado “***Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de ambulatório***”, tem por base a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993) e apresenta como objetivo, numa primeira fase, realizar o diagnóstico de situação, através da avaliação dos estilos de vida de profissionais de saúde que trabalhem em regime de ambulatório, pela aplicação de um questionário. Numa segunda fase e mediante os resultados emergentes no diagnóstico de situação realizado, realizar-se-á uma priorização das necessidades identificadas, tendo em vista a implementação de intervenções direccionadas para lhes dar resposta. Para este efeito, foram seleccionados os serviços: Unidade de Técnicas de Gastrenterologia e o Hospital de Dia de Oncologia Médica. Neste sentido, venho por este meio, solicitar a sua autorização para aplicar o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, que se encontra em anexo, aos Médicos a desempenhar funções nos supracitados serviços, preferencialmente no período compreendido entre 01 e 15 de Junho de 2017. Será garantido o anonimato e o sigilo da informação, bem como o respeito pela decisão dos profissionais em participar ou não. Para o efeito será solicitado previamente o seu consentimento para participar.

Dada a proximidade da data pretendida para a recolha de informação, solicito a melhor atenção para a apreciação deste pedido.

Grata pela atenção dispensada. Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Atenciosamente,

Enf^a Sílvia Saramago Paiva – silvia.paiva@campus.esel.pt – 911907997

Exm^a Sr^a Enf^a Diretora do CHLN
Catarina das Dores Praça dos Santos Batuca

Sou a enfermeira Sílvia Saramago Paiva e no âmbito do desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, em contexto de estágio no Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de Santa Maria, inerente ao 8º Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surgiu como área de interesse, a avaliação de estilos de vida numa amostra de trabalhadores deste hospital.

O projeto intitulado “***Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de ambulatório***”, tem por base a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993) e apresenta como objetivo, numa primeira fase, realizar o diagnóstico de situação, através da avaliação dos estilos de vida de profissionais de saúde que trabalhem em regime de ambulatório, pela aplicação de um questionário. Numa segunda fase e mediante os resultados emergentes no diagnóstico de situação realizado, realizar-se-á uma priorização das necessidades identificadas, tendo em vista a implementação de intervenções direccionadas para lhes dar resposta. Para este efeito, foram seleccionados os serviços: Unidade de Técnicas de Gastrenterologia e o Hospital de Dia de Oncologia Médica. Neste sentido, venho por este meio, solicitar a sua autorização para aplicar o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, que se encontra em anexo, aos Enfermeiros e Assistentes Operacionais a desempenhar funções nos supracitados serviços, preferencialmente no período compreendido entre 01 e 15 de Junho de 2017. Será garantido o anonimato e o sigilo da informação, bem como o respeito pela decisão dos profissionais em participar ou não. Para o efeito será solicitado previamente o seu consentimento para participar.

Dada a proximidade da data pretendida para a recolha de informação, solicito a melhor atenção para a apreciação deste pedido.

Grata pela atenção dispenhada. Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Atenciosamente,
Enf^a Sílvia Saramago Paiva – silvia.paiva@campus.esel.pt – 911907997

Exm^a Sr^a Administradora Hospitalar do CHLN

Dr^a Patrícia Gonçalves

Sou a enfermeira Sílvia Saramago Paiva e no âmbito do desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, em contexto de estágio no Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de Santa Maria, inerente ao 8º Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surgiu como área de interesse, a avaliação de estilos de vida numa amostra de trabalhadores deste hospital.

O projeto intitulado “***Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de ambulatório***”, tem por base a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993) e apresenta como objetivo, numa primeira fase, realizar o diagnóstico de situação, através da avaliação dos estilos de vida de profissionais de saúde que trabalhem em regime de ambulatório, pela aplicação de um questionário. Numa segunda fase e mediante os resultados emergentes no diagnóstico de situação realizado, realizar-se-á uma priorização das necessidades identificadas, tendo em vista a implementação de intervenções direccionadas para lhes dar resposta. Para este efeito, foram seleccionados os serviços: Unidade de Técnicas de Gastrenterologia e o Hospital de Dia de Oncologia Médica. Neste sentido, venho por este meio, solicitar a sua autorização para aplicar o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, que se encontra em anexo, aos Assistentes Técnicos a desempenhar funções nos supracitados serviços, preferencialmente no período compreendido entre 01 e 15 de Junho de 2017. Será garantido o anonimato e o sigilo da informação, bem como o respeito pela decisão dos profissionais em participar ou não. Para o efeito será solicitado previamente o seu consentimento para participar.

Dada a proximidade da data pretendida para a recolha de informação, solicito a melhor atenção para a apreciação deste pedido.

Grata pela atenção dispensada. Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Atenciosamente,

Enf^a Sílvia Saramago Paiva – silvia.paiva@campus.esel.pt – 911907997

Exm^a Sr^a Administradora Hospitalar do CHLN

Dr^a Susana Martins

Sou a enfermeira Sílvia Saramago Paiva e no âmbito do desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, em contexto de estágio no Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de Santa Maria, inerente ao 8º Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surgiu como área de interesse, a avaliação de estilos de vida numa amostra de trabalhadores deste hospital.

O projeto intitulado “***Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de ambulatório***”, tem por base a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993) e apresenta como objetivo, numa primeira fase, realizar o diagnóstico de situação, através da avaliação dos estilos de vida de profissionais de saúde que trabalhem em regime de ambulatório, pela aplicação de um questionário. Numa segunda fase e mediante os resultados emergentes no diagnóstico de situação realizado, realizar-se-á uma priorização das necessidades identificadas, tendo em vista a implementação de intervenções direccionadas para lhes dar resposta. Para este efeito, foram seleccionados os serviços: Unidade de Técnicas de Gastrenterologia e o Hospital de Dia de Oncologia Médica. Neste sentido, venho por este meio, solicitar a sua autorização para aplicar o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, que se encontra em anexo, aos Assistentes Técnicos a desempenhar funções nos supracitados serviços, preferencialmente no período compreendido entre 01 e 15 de Junho de 2017. Será garantido o anonimato e o sigilo da informação, bem como o respeito pela decisão dos profissionais em participar ou não. Para o efeito será solicitado previamente o seu consentimento para participar.

Dada a proximidade da data pretendida para a recolha de informação, solicito a melhor atenção para a apreciação deste pedido.

Grata pela atenção dispensada. Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Atenciosamente,

Enf^a Sílvia Saramago Paiva – silvia.paiva@campus.esel.pt – 911907997

APÊNDICE IV

Consentimento informado

Consentimento Informado

Eu, Sílvia Saramago Paiva, estudante do 8º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho solicitar a sua participação no âmbito do projeto em Saúde Ocupacional intitulado “***Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de ambulatório***”.

A sua colaboração consiste no preenchimento de um questionário, que se encontra dividido em duas partes: a primeira referente à caracterização sócio-demográfica e a segunda relativa aos estilos de vida. Pelo presente, solicito a sua autorização para a utilização do conteúdo do mesmo, para a realização do referido estudo.

Na realização do presente estudo, é garantido o anonimato e a confidencialidade de Vossa Ex.^a e caso deseje abandonar o referido estudo, poderá fazê-lo em qualquer altura.

Assinatura da Responsável pelo Projeto

(Enf.^a Sílvia Paiva)

Lisboa, __/__/____

Declaro ter compreendido a informação transmitida sobre o projeto e o funcionamento do mesmo. Fui esclarecido (a) sobre todos os aspetos que considero importantes e fui informado sobre o meu direito de recusar a minha participação em qualquer momento. Deste modo, consinto participar voluntariamente neste projeto.

Nome do participante

Assinatura

Lisboa, __/__/____

APÊNDICE V

Questionário Estilo de Vida Fantástico

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária

Sou a enfermeira Sílvia Saramago Paiva, estudante do 8º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e venho solicitar a sua participação para o desenvolvimento de um trabalho no âmbito do referido curso, intitulado “***Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de ambulatório***”, no contexto da Saúde Ocupacional.

A sua colaboração consiste no preenchimento do questionário dividido em duas partes: a primeira referente à caracterização sócio-demográfica e a segunda relativa ao estilo de vida, pelo que solicito que **responda a todas as questões**, assinalando com uma cruz (X) a resposta correspondente à sua opinião, lembrando que não existem respostas certas ou erradas.

O questionário utilizado garante o anonimato e a confidencialidade dos dados, sendo o mesmo utilizado apenas para fins académicos.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Parte I – Caracterização sócio-demográfica

1. Idade: _____ (anos)

2. Sexo:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

3. Estado

Civil:

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)/União de facto
- ☐ Divorciado(a)/Separado(a)
- ☐ Viúvo(a)

4. Profissão:

- ☐ Assistente Operacional
- ☐ Assistente Técnico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Outro. Especifique: _____

5. Regime laboral atual:

5.1 Horário atualmente praticado:

- ☐ Diurno (8:00 – 20:00)
- ☐ Rotativo (0:00 – 24:00)

Há quanto tempo? _____
(anos)

5.2. Horário anteriormente praticado (se aplicável):

- ☐ Diurno (8:00 – 20:00)
- ☐ Rotativo (0:00 – 24:00)

Durante quanto tempo? _____
(anos)

5.3. Atividade em regime de acumulação (se aplicável):

- ☐ Diurno (8:00 – 20:00)
- ☐ Rotativo (0:00 – 24:00)

Há quanto tempo? _____
(anos)

6. Vigilância de saúde

6.1 Tem as vacinas

recomendadas atualizadas?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei/Desconheço

6.2. Vigia regularmente a sua tensão arterial?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6.3. Vigia regularmente a sua saúde oral?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Possui alguma doença profissional

- ☐ Não
- ☐ Sim. Há menos de 5 anos
- ☐ Sim. Há mais de 5 anos

7.1. Como condiciona atualmente o seu dia-a-dia:

- ☐ Não condiciona o meu dia-a-dia
- ☐ Raramente condiciona o meu dia-a-dia
- ☐ Às vezes condiciona o meu dia-a-dia
- ☐ Muitas vezes condiciona o meu dia-a-dia
- ☐ Condiciona sempre o meu dia-a-dia

8. Já reportou algum acidente em serviço

- ☐ Não
- ☐ Sim. Há menos de 5 anos
- ☐ Sim. Há mais de 5 anos

8.1. Como condiciona atualmente o seu dia-a-dia:

- ☐ Não teve impacto no meu dia-a-dia
- ☐ Raramente tem impacto no meu dia-a-dia
- ☐ Às vezes tem impacto no meu dia-a-dia
- ☐ Muitas vezes tem impacto no meu dia-a-dia
- ☐ Tem sempre impacto no meu dia-a-dia

9. No último mês, em que medida se sentiu exposto aos seguintes fatores de risco:

	Nunca	=< 1x/mês	<1x/semana	>1x/semana	Diariamente
Biológicos (ex:contato com fluidos corporais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Físicos (ex:ruído, radiações)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mecânicos (ex: mobilizações, cargas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicosociais (ex: agressões, conflitos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Químicos (ex: citostáticos, desinfetantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quando foi a sua última visita ao Serviço de Saúde Ocupacional

☐ Nunca recorri

☐ Recorri em ____ (ano). Motivo da visita?

☐ Exame admissão

☐ Exame periódico

☐ Exame ocasional

☐ Vacinação

☐ Acidente de trabalho

☐ Outro. Especifique: _____

11. Identifique por ordem de prioridade três áreas que gostaria que fossem abordadas pelo Serviço de Saúde Ocupacional, a nível de formação:

☐ Mecânica postural

☐ Vacinação

☐ Riscos Químicos

☐ Burnout/Stress

☐ Prevenção de Acidentes de
trabalho

☐ Utilização dos
Equipamentos de Proteção
Individual

☐ Outro: Especifique _____

12.-Nos seus hábitos de vida diários existe algum que considera que deve alterar?

☐ Não

☐ Sim

12.1. Se sim qual (quais)? _____

12.2. Quais as principais dificuldades que antevê nessa alteração?

Parte II – Questionário Estilo de Vida Fantástico

UBP = unidade bebida padrão (por exemplo: um fino/Imperial corresponde a 1 U BP. Um whisky ou um shot corresponde a 2 UBP).

F Familia e Amigos	A Atividade física/ Associativismo	N Nutrição	T Tabaco	A Álcool e Outras drogas		S Sono/Stress	T Trabalho/Tipo personalidade	I Introspeção	C Comportamentos de saúde/ sexual	O Outros Comportamentos
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> Dou e recebo carinho/afetos: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div>	Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> Ando no mínimo 30 minutos diariamente: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 vez por semana</div> <div>1 <input type="checkbox"/> 1 vez por semana</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Não faço nada</div> </div>	Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Todos os dias</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Todos os dias</div> </div> Ultrapassei o meu peso ideal em: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> 0 a 4 Kg</div> <div>1 <input type="checkbox"/> 5 a 8 Kg</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Mais de 8 Kg</div> </div>	Eu fumo cigarros: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Não nos últimos 5 anos</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Não no último ano</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Sim este ano</div> </div> Geralmente fumo ___ cigarros por dia: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Nenhum</div> <div>1 <input type="checkbox"/> 1 a 10 cigarros por dia</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Mais de 10 cigarros por dia</div> </div>	A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> 0 a 7 bebidas</div> <div>1 <input type="checkbox"/> 8 a 12 bebidas</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Mais de 12 bebidas</div> </div> Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Nunca</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Ocasionalmente</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Frequentemente</div> </div> Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Nunca</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Raramente</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Frequentemente</div> </div>	Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Nunca</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Ocasionalmente</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Frequentemente</div> </div> Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase Nunca</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase diariamente</div> </div> Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Menos de 3 vezes por dia</div> <div>1 <input type="checkbox"/> 3 a 6 vezes por dia</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Mais de 6 vezes por dia</div> </div>	Durmo bem e sinto-me descansado: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> Relaxo e disfruto do meu tempo livre: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div>	Sinto que ando acelerado e/ou atarefado: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Algumas vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Frequentemente</div> </div> Sinto-me aborrecido e/ou agressivo: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Algumas vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Frequentemente</div> </div> Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div>	Sou uma pessoa otimista e positiva: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> Sinto-me tenso e/ou oprimido: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Algumas vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Frequentemente</div> </div> Sinto-me triste e/ou deprimido: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Algumas vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Frequentemente</div> </div>	Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> Converso com o/a parceiro(a) e/ou família/amigos sobre temas de sexualidade: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem estar e a proteção do parceiro/a: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Quase sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div>	Como peão e passageiro, cumprio as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária: <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div> Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança): <div> <div>2 <input type="checkbox"/> Sempre</div> <div>1 <input type="checkbox"/> Às vezes</div> <div>0 <input type="checkbox"/> Quase nunca</div> </div>

APÊNDICE VI

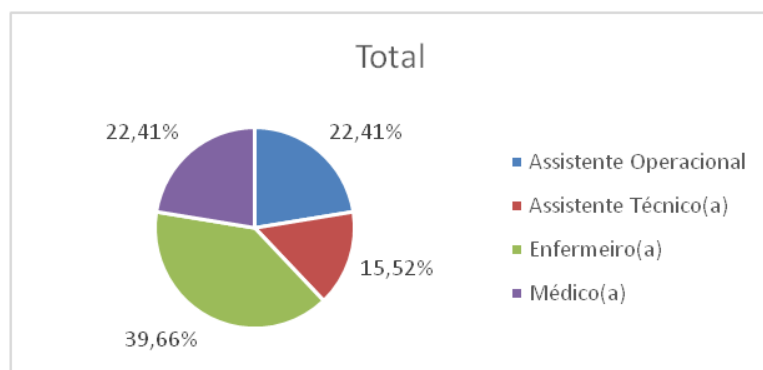
Caraterização sociodemográfica da amostra

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO- DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA (Quadro)

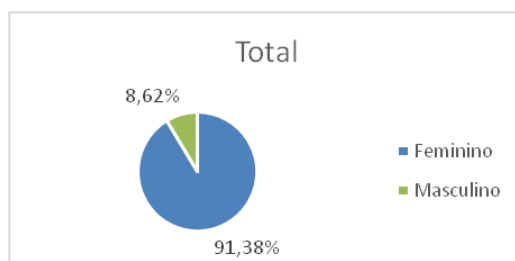
Categorias		Serviço A		Serviço B		Total Amostra	
		n	%	n	%	n	%
Profissão	Médico	12	38,71	1	3,70	13	22,41
	Enfermeiro	11	35,48	12	44,44	23	39,66
	Assistente Operacional	3	9,68	10	37,04	13	22,41
	Assistente Técnico	5	16,13	4	14,81	9	15,52
Total (*a)		31		27		58	100
Sexo	Feminino	28	90,32	25	92,59	53	91,98
	Masculino	3	9,68	2	7,41	5	8,62
Estado Civil	Solteiro	8	25,81	2	7,41	10	17,24
	Casado/ União de Facto	19	61,29	22	81,48	41	70,69
	Divorciado	4	12,9	3	11,11	7	12,07
Idades (*b)	20-30	7	22,58	-	-	7	12,07
	31-40	5	16,13	9	33,33	14	24,14
	41-50	9	29,03	8	29,63	17	29,31
	51-60	8	25,81	10	37,04	18	31,03
	61-70	1	3,22	-	-	1	1,72

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA (Gráficos)

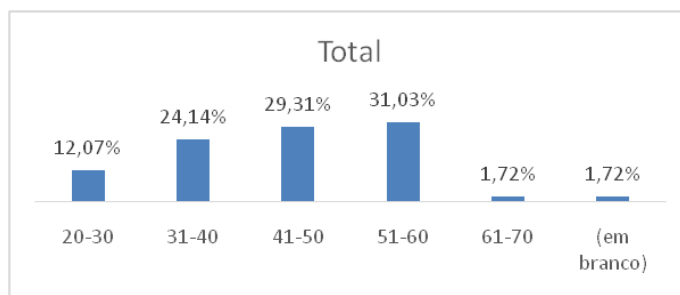
Grupo Profissional



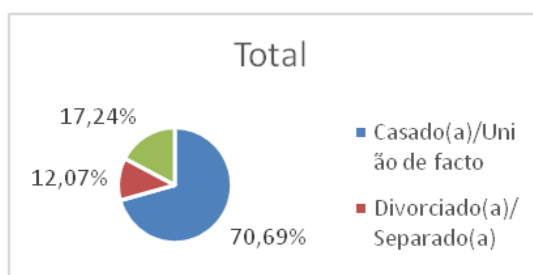
Sexo



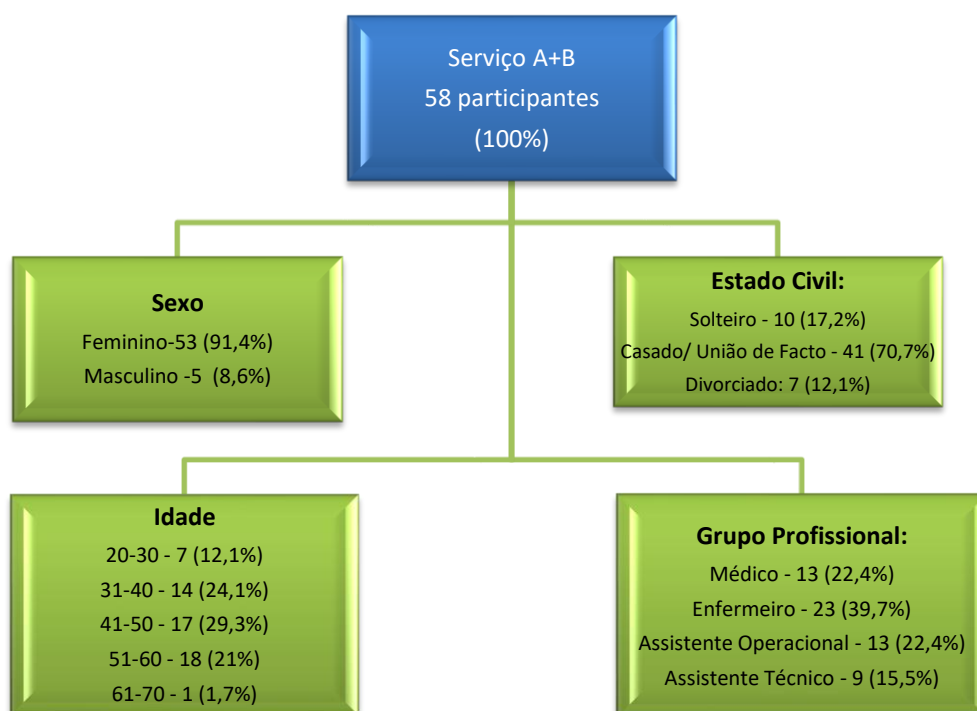
Idade



Estado Civil



CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA (Organigrama)

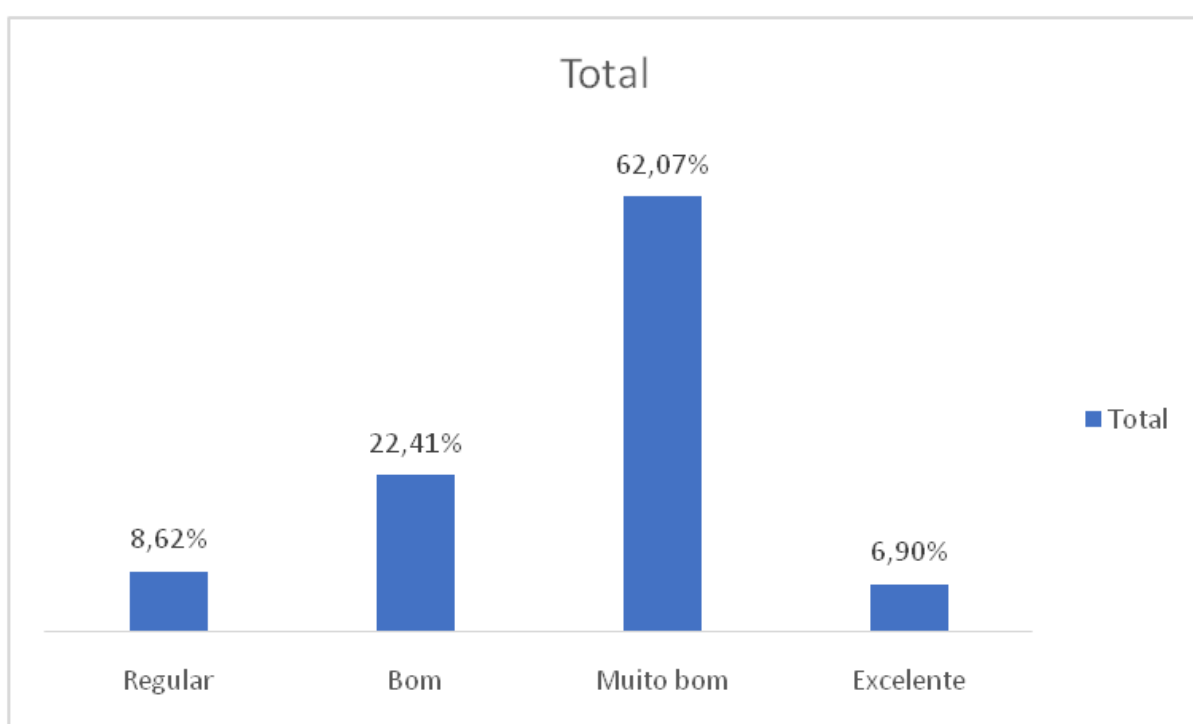


APÊNDICE VII

Gráfico: nível dos estilos de vida da amostra

ESTILOS DE VIDA DA AMOSTRA

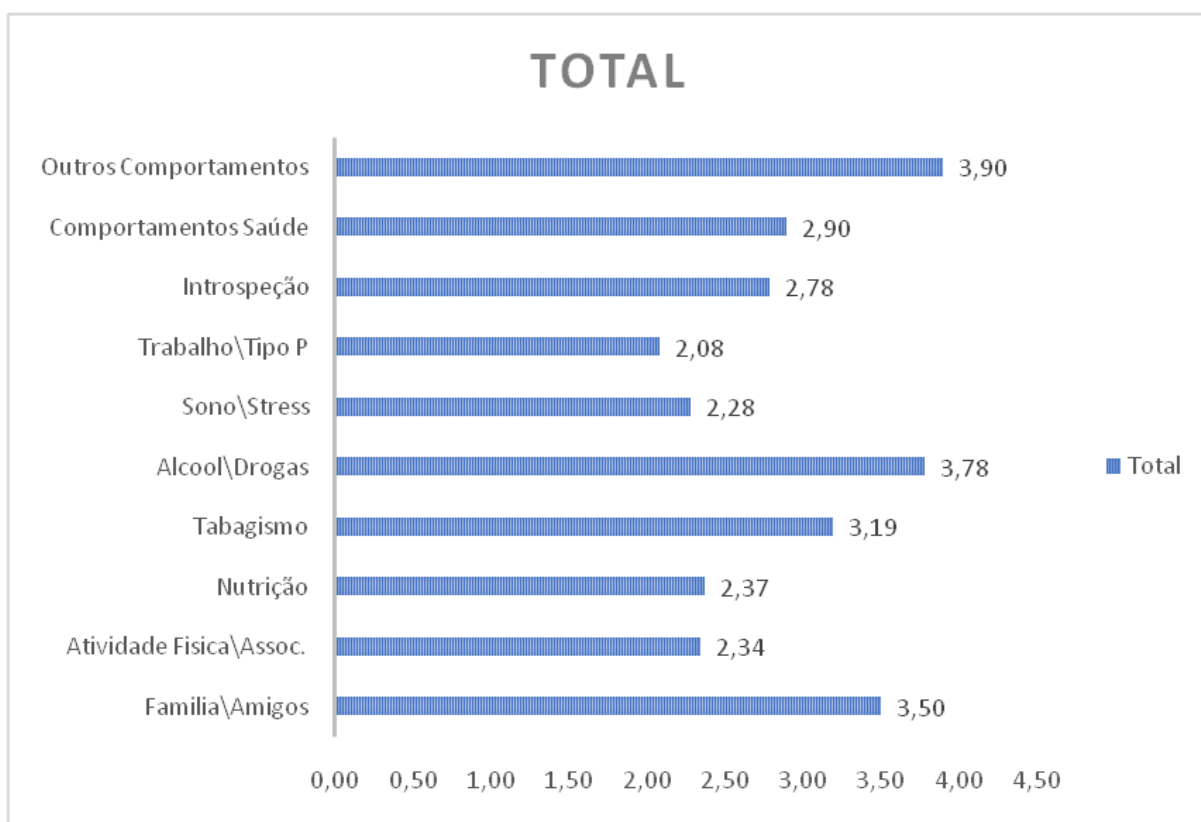
Valor
médio
global
 $88,10 \pm$



APÊNDICE VIII

Gráfico: estilos de vida da amostra por domínio

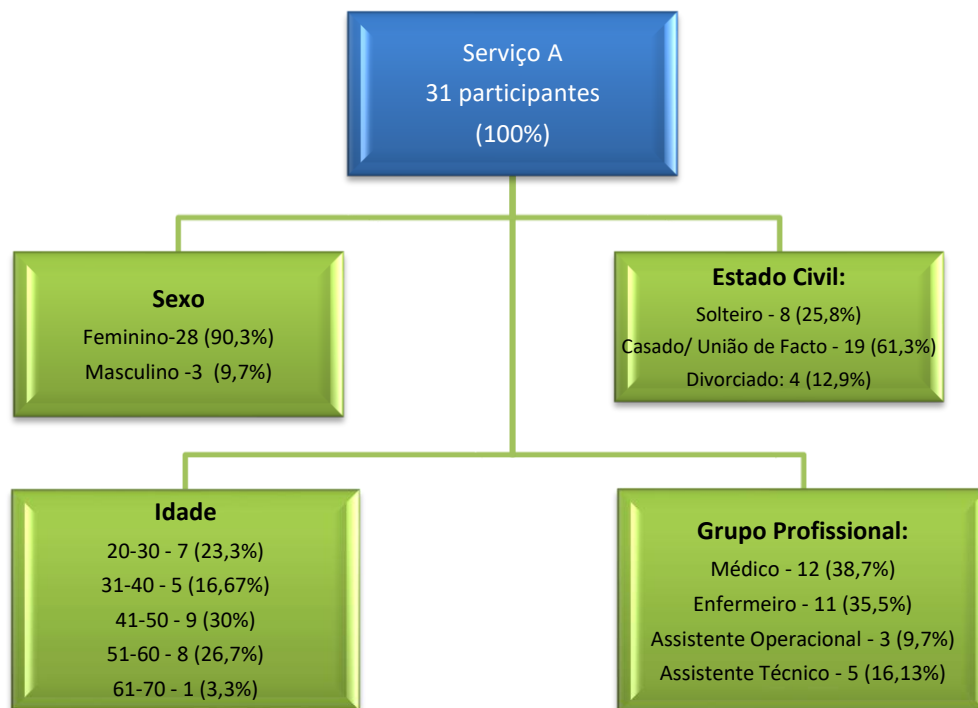
ESTILOS DE VIDA DA AMOSTRA POR DOMÍNIO



APÊNDICE IX

Caraterização sociodemográfica dos trabalhadores do Serviço A

SERVIÇO A

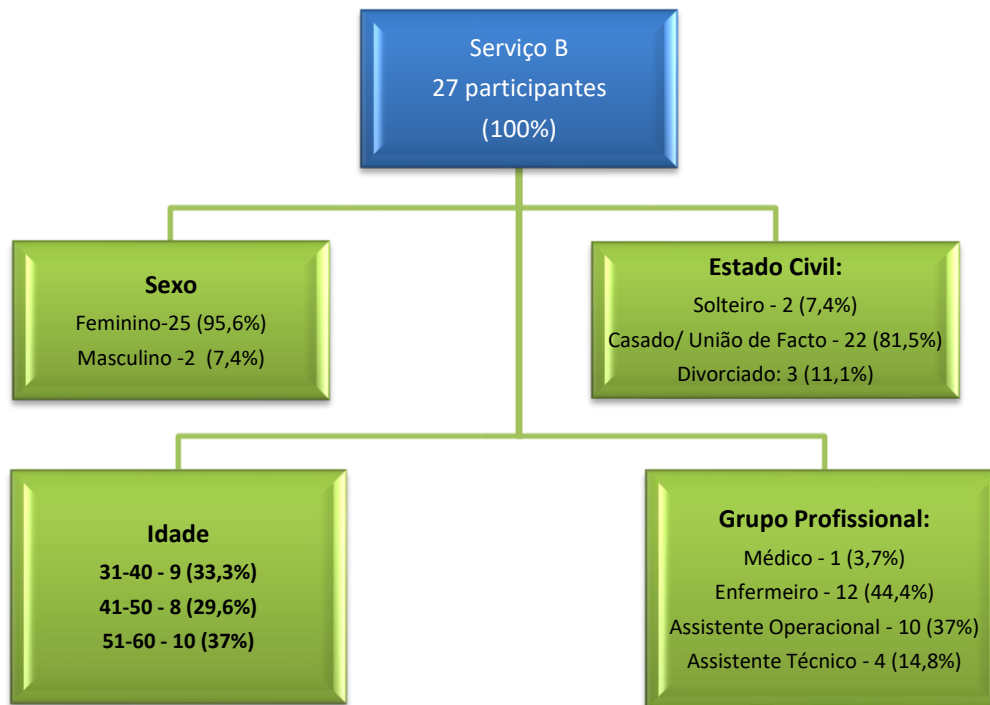


A população do serviço A é composta por 31 profissionais: 12 médicos (38, 71%), 11 enfermeiros (35,48%), 3 AO (9,68%) e 5 AT (16, 13%). Destes profissionais, 28 pertencem ao sexo feminino (90,32%) e apenas 3 (9,68%) ao sexo masculino; 8 (25,81%) são solteiros, 19 (61,29%) estão casados ou em união de facto e 4 (12,90%) estão divorciados; 7 (22,58%) pertencem à faixa etária dos 20-30 anos, 5 (16,13%) à dos 31-40 anos, 9 (29,03%) têm idades compreendidas entre os 41-50 anos, 8 (25,81%) entre os 51 e 60 anos e apenas 1 participante (3,22%) tem idade compreendida no intervalo etário dos 61-70 anos. Um dos participantes do Serviço A não colocou a sua idade no questionário.

APÊNDICE X

Caraterização sociodemográfica dos trabalhadores do Serviço B

SERVIÇO B



A população do serviço B é composta por 27 profissionais: 1 médico (3,70%), 12 enfermeiros (44,44%), 10 (37,04%) AO e 4 AT (14, 81%). Destes profissionais, 25 (92,59%) pertencem ao sexo feminino e apenas 2 (7,41%) ao sexo masculino; 2 (7,41%) são solteiros, 22 (81,48%) estão casados ou em união de facto e 3 (11,11%) estão divorciados; nenhum participante pertence à faixa etária dos 20-30 anos ou dos 61-70 anos, havendo, porém, 9 participantes (33,33%) que pertencem à faixa etária dos 31-40 anos, 8 (29,63%) com idades compreendidas entre os 41-50 anos e 10 participantes (37,04%) situados entre os 51 e 60 anos.

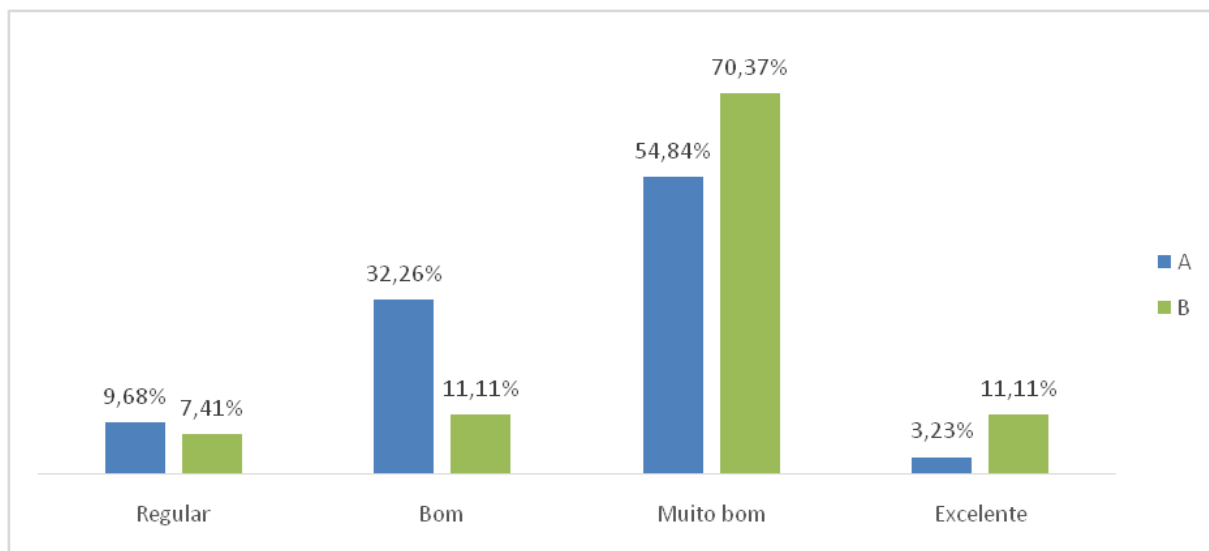
APÊNDICE XI

**Gráfico comparativo do nível dos estilos de vida dos trabalhadores do Serviço
A e B**

COMPARAÇÃO ESTILOS DE VIDA DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO A e B

Valor médio
global
Serviço A
86,19 ±

Valor médio
global
Serviço B
90,22 ±



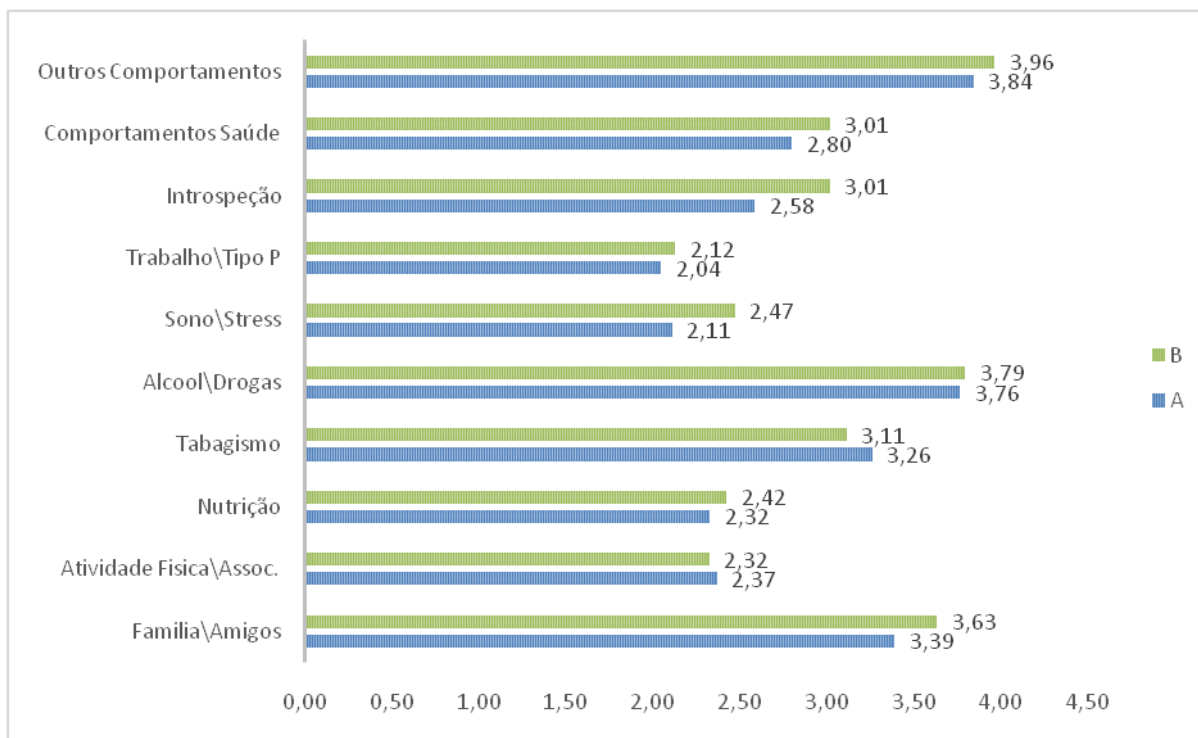
No que se refere ao estilo de vida dos profissionais do serviço A em concreto, o valor médio global foi de 86,19 ±, que se enquadra na categoria de 85 a 102 pontos, ou seja, “Muito Bom”. Nenhum participante apresentou pontuação abaixo de 46 pontos (sendo o mínimo apresentado 58 pontos – “Regular”), 1 participante (3,22%) obteve uma classificação de “Excelente” (entre 103 e 120 pontos), 3 participantes (9,67%) “Regular” (entre 47 e 72 pontos), 10 participantes (32,26%) “Bom” (entre 73 e 84 pontos) e 17 participantes (54,84%) “Muito Bom” (entre 85 e 102 pontos). A amplitude de variação situou-se entre os 58 e os 106 pontos.

No Serviço B, o valor médio global de pontuação do questionário EVF foi de 90,22 ±, que se enquadra na categoria de 85 a 102 pontos, ou seja, “Muito Bom”. Nenhum participante apresentou pontuação abaixo de 46 pontos (sendo o mínimo apresentado 64 pontos – “Regular”), 2 participantes (7,40%) obtiveram uma classificação de “Regular” (entre 47 e 72 pontos), 3 participantes (11,11%) obtiveram uma classificação de “Excelente” (entre 103 e 120 pontos), valor este igual para a classificação de “Bom” (entre 73 e 84 pontos) onde se enquadram 3 participantes deste serviço (11,11%), por fim, a maior fatia de participantes – 19 (70,37%), encaixam-se na categoria de “Muito Bom” (entre 85 e 102 pontos). A amplitude de variação situou-se entre os 64 e os 108 pontos.

APÊNDICE XII

**Gráfico comparativo dos estilos de vida dos trabalhadores do Serviço A e B
por domínio**

COMPARAÇÃO ESTILOS DE VIDA POPULAÇÃO SERVIÇO A E B POR DOMÍNIO



No que concerne aos dez domínios do questionário EVF, por ordem crescente do melhor ao pior score do serviço A, estão: O - Outros Comportamentos (3,84); A - Álcool e Outras drogas (3,76); F - Família e Amigos (3,39); T - Tabaco (3,26); C - Comportamentos de saúde e sexual (2,80); I - Introspeção (2,58); A - Atividade física/ Associativismo (2,37); N - Nutrição (2,32); S - Sono/ Stress (2,11) e, por fim, T - Trabalho/Tipo de personalidade (2,04).

Reportando-nos aos dez domínios do questionário EVF do serviço B, por ordem decrescente, do melhor ao pior score do serviço, estão: O - Outros Comportamentos (3,96); A - Álcool e Outras drogas (3,79); F - Família e Amigos (3,63); T - Tabaco (3,11). Com a pontuação intermédia de 3,01 ocupam, *ex aequo*, as categorias: C - Comportamentos de saúde e sexual e I - Introspeção. A categoria S - Sono/ Stress (2,47) surge como a quarta mais afetada seguida pelas: N - Nutrição (2,42), A - Atividade física/ Associativismo (2,32); e, por fim, T - Trabalho/Tipo de personalidade (2,12).

O serviço A e B possuem as categorias mais bem pontuadas com a mesma ordem classificativa: em décimo (melhor score) a categoria: O - Outros Comportamentos, seguida da categoria A - Álcool e outras drogas, posteriormente da F – Família e Amigos e da T – Tabaco. As categorias C - Comportamentos de saúde e sexual e I – Introspeção, seguem-se como as categorias mais afetadas, apesar de ligeiras diferenças entre os patamares no serviço A (sexto e quinto lugar, respetivamente) e no serviço B (onde se encontram *ex aequo*, quanto ao valor do score).

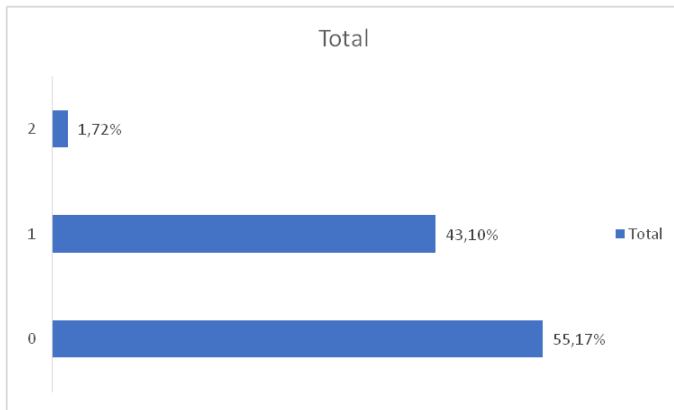
Os quatro domínios do questionário EVF mais afetados nos dois serviços são os mesmo quatro, apesar de diferenças na ordem classificativa: no serviço A – Atividade física/ Associativismo surge como a 4ª categoria mais afetada, seguida pelas categorias: N – Nutrição (3º), S - Sono/ Stress (2º) e, por fim, T - Trabalho/Tipo de personalidade (1º). Comparativamente, no serviço B: o S - Sono/ Stress emerge como a 4ª classificada, seguida pelas N – Nutrição (3º), A – Atividade física/ Associativismo (2º) e, por fim, T - Trabalho/Tipo de personalidade (1º). Em ambos os serviços A e B, a categoria mais afetada foi a T – Trabalho/ Tipo de Personalidade.

APÊNDICE XIII

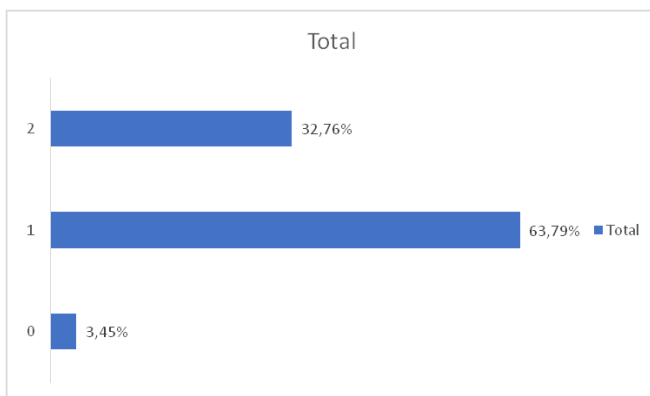
Gráficos representativos das respostas da amostra às perguntas dos domínios mais afetados

CATEGORIA TRABALHO

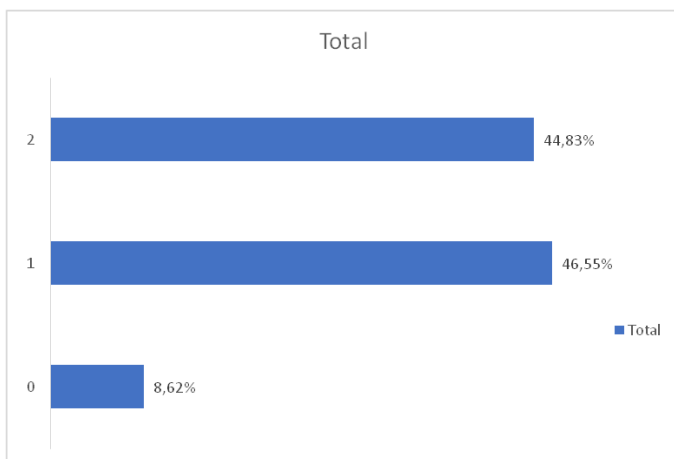
P1- “Sinto que ando acelerado e/ou atarefado”



P2 – “Sinto-me aborrecido e/ou agressivo”



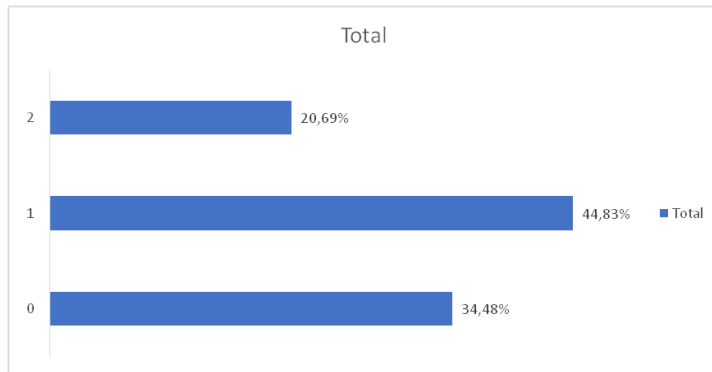
P3 – “Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral”



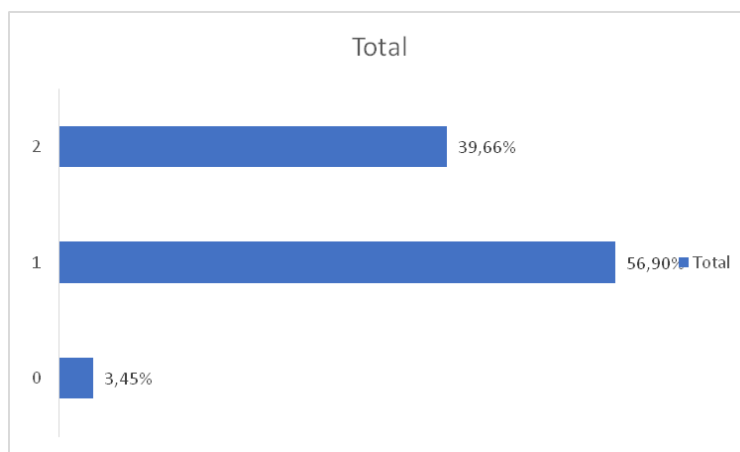
No domínio mais afetado – T - Trabalho/Tipo de personalidade – 55,17% dos participantes, responderam “Frequentemente” à questão “Sinto que ando acelerado e/ou atarefado”, 43,10% dos inquiridos respondeu “Algumas vezes” e apenas 1,72% respondeu “Quase nunca”. Em relação à questão “Sinto-me aborrecido e/ou agressivo”, 63,79% dos participantes selecionou a opção “Algumas vezes” e 3,45% respondeu “Frequentemente”. No que concerne à última questão deste domínio “Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral”, 46,55% das opiniões remetem para a resposta “Algumas vezes” enquanto que 8,62% optou pela resposta “Quase nunca”.

CATEGORIA SONO/STRESS

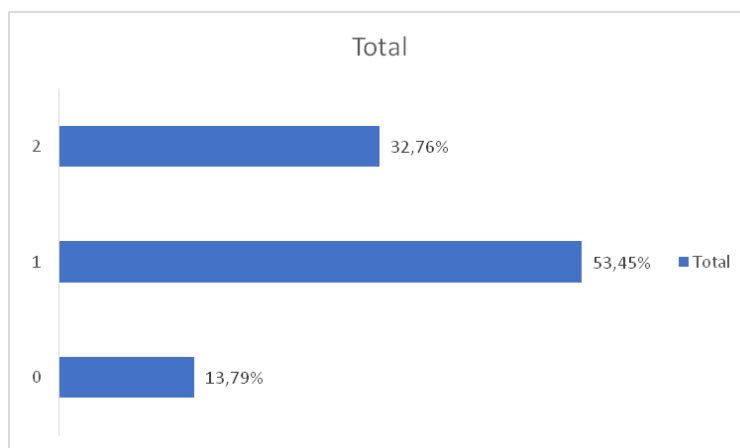
“Durmo bem e sinto-me descansado”



“Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:



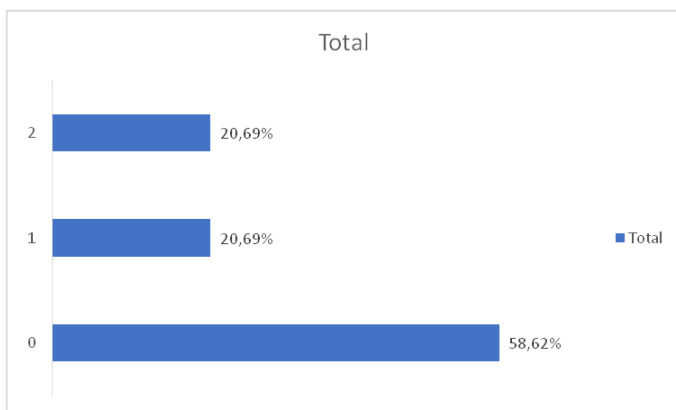
“Relaxo e disfruto do meu tempo livre”



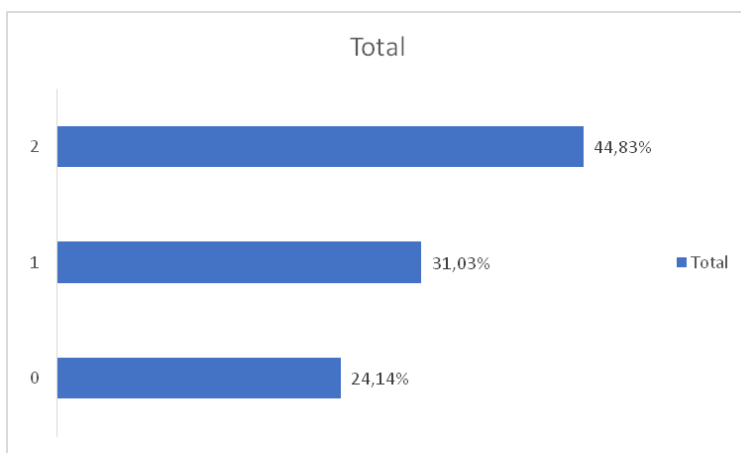
No domínio S - Sono/ *Stress*, o segundo classificado como o mais afetado, 44,83% respondeu “Às vezes” à questão “Durmo bem e sinto-me descansado” e 34,48% respondeu “Quase nunca” à mesma questão. À segunda pergunta deste domínio “Sinto-me capaz de gerir o *stress* do meu dia-a-dia”, a maioria (56,9%) respondeu “Às vezes” e 3,45% respondeu “Quase nunca”. Na terceira, “Relaxo e disfruto do meu tempo livre”, a maioria (53,45%) respondeu “Às vezes”, seguida da resposta “Quase sempre” (32,76%) e “Quase nunca” (13,79%).

CATEGORIA ATIVIDADE FÍSICA/ ASSOCIATIVISMO

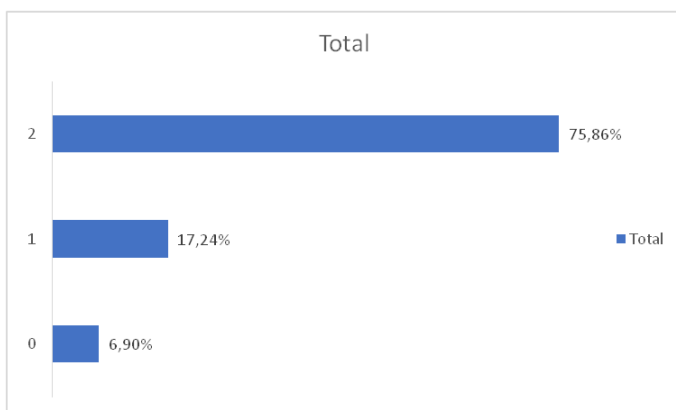
“Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente”



“Ando no mínimo 30 minutos diariamente:”



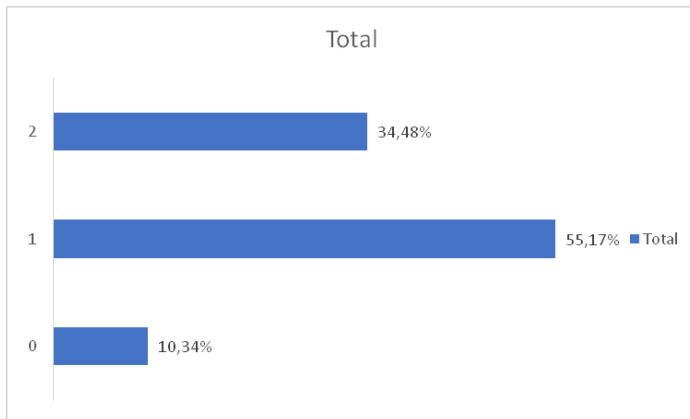
“Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto”



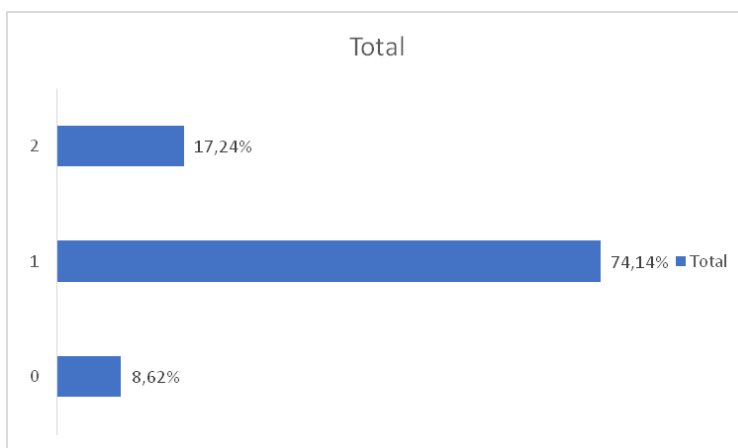
No terceiro domínio do questionário EVF mais afetado – A- Atividade física/ Associativismo, a maioria (58,62%) respondeu “Quase nunca” à questão “Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente”. As respostas “Às vezes” e “Quase sempre” obtiveram a mesma percentagem (20,69%). À segunda questão deste domínio, “Ando no mínimo 30 minutos diariamente”, 44,83% responderam “Quase sempre”, 31,84% “Às vezes” e (24,14%) “Quase nunca”. Na terceira questão “Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto” responderam maioritariamente “Quase sempre” (75,86%), seguidos de “Às vezes” (17,24%) e “Quase nunca” (6,89%).

CATEGORIA NUTRIÇÃO

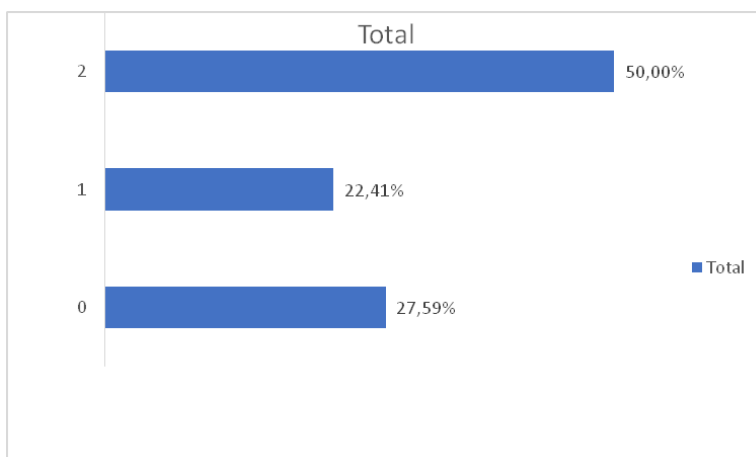
“Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente”



“Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fastfood”



“Ultrapassei o meu peso ideal em.”



No quarto domínio mais afetado do questionário EVF – N- Nutrição – quando colocada a questão “Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente”, a maioria respondeu “Às vezes” (55,17%), e posteriormente “Quase sempre” (34,49%) e “Quase nunca” (10,35%). Na segunda pergunta desta categoria: “Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou *fastfood*”, a maioria da amostra respondeu “Às vezes” (74,13%), seguidamente “Quase sempre” (17,24%) e “Quase nunca” (8,62%). Na terceira e última questão, “Ultrapassei o meu peso ideal em”, 50% dos participantes respondeu “0 a 4kg”, 27,59% respondeu “mais de 8kgs” e 22,41% respondeu “5 a 8 kgs”.

APÊNDICE XIV

Quadro diagnósticos CIPE (versão 2015)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE (VERSÃO 2015)

Diagnóstico	Foco	Juízo	Cliente
1	<p>Coping</p> <p>Atitude: gerir o <i>stress</i> e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico.</p>	Comprometido	Comunidade /Grupo
2	<p>Comportamento lúdico</p> <p>Comportamento</p>	Comprometido	Comunidade /Grupo
3	<p>Sono</p> <p>Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição da consciencia; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel, atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.</p>	Comprometido	Comunidade / Grupo
4	<p>Excesso de peso</p> <p>condição de elevado peso e massa corporal, habitualmente mais de 10 a 20% acima do peso ideal; aumento anormal na proporção de células gordas, preominentemente nas vísceras e tecido subcutâneo, associado a ingestão excessiva e contínua de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício, durante longos períodos de tempo</p>	Atual	Comunidade /Grupo
5	<p>Status nutricional</p> <p>Status: peso e massa corporal em relação com a ingestão de alimentos e nutrientes específicos, estimados de acordo com a altura, estatura corporal e idade</p>	Comprometido	Comunidade /Grupo
6	<p>Atividade Psicomotora</p> <p>Processo do sistema nervoso: ordenação do movimento em atividades mentais conscientes, formas voluntárias de se mover e mobilizar o corpo, exigindo um certo grau de coordenação neuromuscular.</p>	Comprometida	Comunidade /Grupo

APÊNDICE XV

Quadro-síntese problemas e diagnósticos CIPE por domínios

QUADRO-SÍNTESE PROBLEMAS E DIAGNÓSTICOS CIPE POR DOMÍNIOS

Domínios	Problemas encontrados/ Indicadores expressos em %	Diagnósticos CIPE (Versão 2015)	
Trabalho/Tipo de Personalidade	<p>P1- <i>“Sinto que ando acelerado e/ou atarefado”</i>: “Frequentemente” (55,17%) e “Algumas vezes” (43,10%) - (98,27 total%);</p> <p>P2- <i>“Sinto-me aborrecido e/ou agressivo”</i>: “Algumas vezes” (63,79%) e “Frequentemente” (3,45%) – (67,24% total);</p> <p>P3- <i>“Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral”</i>: “Algumas vezes” (46.55%) e “Quase nunca” (8.62%) – (55,17% total);</p>	Coping comprometido em 98,27% dos inquiridos (A)	
Sono/ Stress	<p>P4- <i>“Relaxo e disfruto do meu tempo livre”</i>: “Às vezes” (53,45%) e “Quase nunca” (13,19%) – (66,64% total);</p> <p>P5- <i>“Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia”</i>: “Às vezes” (56,90%) e “Quase nunca” (3,45%) – (60,35% total).</p>		
	<p>P6- <i>“Durmo bem e sinto-me descansado”</i>: “Às vezes” (44,83%) e “Quase nunca” (34,48%) – (79,31% total).</p>	Sono comprometido em 79,31% dos inquiridos (B)	
Atividade Física/ Associativismo	<p>P4- <i>“Relaxo e disfruto do meu tempo livre”</i>: “Às vezes” (53,45%) e “Quase nunca” (13,19%) – (66,64% total);</p> <p>P7- <i>“Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente”</i>: “Quase nunca” (58,62%) e “Às vezes” (20,69%) – (79,31%).</p> <p>P8- <i>“Ando no mínimo 30 minutos diariamente”</i>: “Às vezes” (31,03%) e “Quase nunca” (24,14%) – (55,17% total);</p>	Comportamento lúdico comprometido em 79,31% dos inquiridos (C)	Atividade Psicomotora comprometida em 55,17% dos inquiridos (D)
Nutrição	<p>P9- <i>“Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente.”</i>: “Às vezes” (55,17%) e “Quase nunca” (10,34%) – (65,51% total).</p> <p>P10- <i>“Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fastfood”</i>: “Às vezes” (74,14%) e “Todos os dias” (8,62%) – (82,76% total);</p> <p>P11-<i>“Ultrapassei o meu peso ideal em.”</i>: “Mais de 8 kgs” (27,59%) e “5 a 8 kgs”(22,41%) – (50% total).</p>	Status nutricional comprometido em 82,76% dos inquiridos (E)	Excesso de peso atual em 50% dos inquiridos (F)

APÊNDICE XVI

Panfletos resultados aplicação questionário EVF

SERVIÇO A

Planeamento das intervenções

Uma vez identificadas as necessidades anteriormente evidenciadas - fase diagnóstica, segue-se a fase de planeamento estratégico das intervenções.

Importa, para isso, compreender qual a motivação dos profissionais de saúde, para continuar a envolvê-los num projeto cujo principal objetivo assenta na resolução das suas necessidades, tendo em vista a obtenção de ganhos na saúde.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE SANTA MARIA

Hospital PulidoValente

Estágio no Serviço de Saúde Ocupacional do CHLN

Promoção de estilos de vida saudáveis em trabalhadores da área da saúde que trabalhem em serviços de ambulatório, de um hospital central

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE SANTA MARIA

Hospital PulidoValente

Serviço de Saúde Ocupacional do CHLN

Localização: Piso 9, elevadores 8, 9 e 10
Horário: Dias úteis, das 8h-20h
Tel: 217 805 362
Esp: 91973 (Enfermagem)
55262 (Receção)

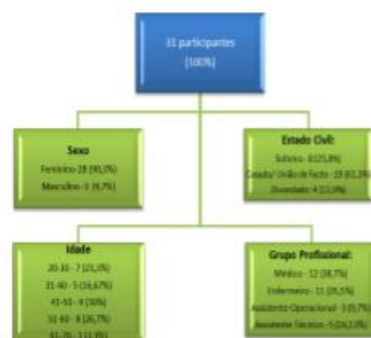
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE:

- Apresentação dos resultados

Enfª Sílvia Saramago Paiva

8º Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Caracterização da população

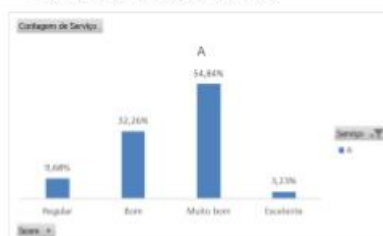


Agradeço a participação de todos os profissionais de saúde que despenderam do seu tempo para responder às perguntas do questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO", aplicado no período compreendido entre 12/06 a 30/06.

Este folheto serve para anunciar e divulgar os principais resultados provenientes da aplicação do questionário, por forma a continuar a envolver ativamente os participantes, neste projeto de intervenção comunitária.

Caracterização estilos de vida da população

No que se refere ao estilo de vida dos profissionais de saúde, de uma forma global, a maioria enquadrou-se num estilo de Vida "Muito Bom" (62.07%).



Contudo, identificaram-se alguns domínios dos estilos de vida, mais deficitários que outros:



As categorias mais afetadas nos estilos de vida dos profissionais foram:

- Trabalho/ Tipo de Personalidade;
- Sono/Stress
- Atividade Física/ Associativismo
- Nutrição



SERVIÇO B

Planeamento das intervenções

Uma vez identificadas as necessidades anteriormente evidenciadas - fase diagnóstica, segue-se a fase de planeamento estratégico das intervenções.

Importa, para isso, compreender qual a motivação dos profissionais de saúde, para continuar a envolvê-los num projeto cujo principal objetivo assenta na resolução das suas necessidades, tendo em vista a obtenção de ganhos na saúde.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE SANTAMARIA



HOSPITAL PulidoValente

Estágio no Serviço de Saúde Ocupacional do CHLN

Promoção de estilos de vida saudáveis em trabalhadores da área da saúde que trabalhem em serviços de ambulatório, de um hospital central

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE SANTAMARIA



HOSPITAL PulidoValente

Serviço de Saúde Ocupacional do CHLN

Localização: Piso 9, elevadores 8, 9 e 10
Horário: Dias úteis, das 8h-20h
Tel: 217 805 362
Fax: 91973 (Enfermagem)
55262 (Recepção)

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE:

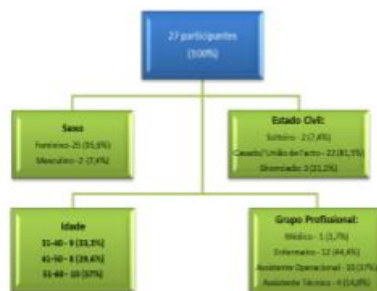
- Apresentação dos resultados

Enfª Sílvia Saramago Paiva

8º Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária

8º Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Caracterização da população

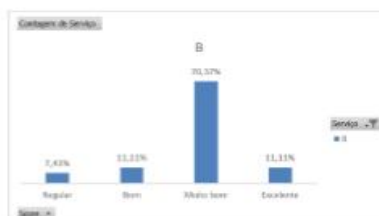


Agradeço a participação de todos os profissionais de saúde que despenderam do seu tempo para responder às perguntas do questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO", aplicado no período compreendido entre 12/06 a 30/06.

Este folheto serve para enunciar e divulgar os principais resultados provenientes da aplicação do questionário, por forma a continuar a envolver ativamente os participantes neste projeto de intervenção comunitária.

Caracterização estilos de vida da população

No que se refere ao estilo de vida dos profissionais de saúde, de uma forma global, a maioria enquadrar-se num estilo de Vida "Muito Bom" (70,37%).



Contudo, identificaram-se alguns domínios dos estilos de vida, mais deficitários que outros:



As categorias mais afetadas nos estilos de vida dos profissionais foram:

- Trabalho/ Tipo de Personalidade;
- Atividade Física/ Associativismo;
- Nutrição;
- Sono/Stress.



APÊNDICE XVII

Revisão da literatura: *stress*

STRESS

Stress é um dos termos mais usados no vocabulário do quotidiano, sendo maioritariamente empregue para definir uma qualquer situação que causa tensão ou dificuldade (Santos, 2012).

O *stress* não encontra, em português, uma tradução simples e sumária. A temática envolta no seu conceito constitui-se, cada vez mais, como alvo de atenção e investigação, muito devido à ténue fronteira entre o normal e patológico e à interligação entre o biológico, o psicológico e social, que a caracterizam (Serra, 2002).

Diversos autores foram decisivos para a construção do conceito de *stress* como atualmente o entendemos, e os primórdios remontam ao século XIX com o fisiologista Bernard (Serra, 2002). O autor refere que a tónica comum a todos eles, residiu na compreensão da resposta do organismo perante as agressões externas, percecionando o *stress* como uma perda do equilíbrio homeostático do organismo. Selye foi, porém, o primeiro a introduzir o conceito de *stress* de forma sistematizada.

Selye (1991) define *stress*, de uma forma geral, como uma resposta inespecífica do corpo quando confrontado com uma qualquer exigência, cujo efeito seja mental ou somático e *stressor* como “o que produz *stress*”.

Serra (2002) reitera que o *stress* ocupa, atualmente, um lugar de destaque no binómio saúde/doença, sendo este último o produto de fatores diversos. O autor prossegue referindo que o *stress* não descreve uma situação meramente incomodativa, sendo antes suscetível de determinar consequências preocupantes, que podem prejudicar o bem-estar e a saúde física e mental do indivíduo.

A experiência de *stress* origina um processo global que afeta todo o organismo, ativando mecanismos emocionais, comportamentais, biológicos e cognitivos, que se influenciam mutuamente (Serra, 2002). O autor reitera que, se demasiado intenso, o *stress* distorce a perceção do meio ambiente e o indivíduo interpreta incorretamente o que lhe acontece, a tolerância diminui tornando-se mais facilmente impaciente e irritado, podendo, por esse motivo, apresentar maior dificuldade em detetar erros nas tarefas que exigem uma atenção contínua (Serra, 2000).

A resposta individual ao *stress*, pode implicar mecanismos *compensatórios* ao nível dos estilos de vida (abuso de consumos nocivos) acarretando repercussões negativas não apenas a nível individual, mas também a nível familiar, social e económico (Serra, 2000). Matthews, 1994, citado por Serra, 2000, refere que, no que diz respeito à saúde física o *stress* pode constituir um fator precipitante de doenças cardiovasculares (hipertensão, enfarte, arritmias cardíacas), doenças respiratórias e do aparelho digestivo, bem como fragilizar o sistema imunitário do indivíduo. Pode ainda desenvolver um conjunto de manifestações psicopatológicas (distúrbios de ansiedade e depressão) (Serra, 2000).

Além de acontecimentos traumáticos e de acontecimentos significativos da vida, que têm um início e um fim, delimitados no tempo, Wheaton (1994) citado por Serra (2002), designa ainda as situações crónicas que induzem *stress*, que contrastam com as últimas, por se iniciarem insidiosamente e não se saber quando terminam. Este tipo de ocorrências diz respeito a problemas e assuntos perturbadores, regulares no desempenho dos papéis e atividades diárias de um indivíduo, comportando-se como contínuos. São exemplos deste tipo de situações crónicas indutoras de *stress*: prazos-limite para a concretização de tarefas; o vasto número de solicitações para cumprir ao mesmo tempo; conflitos com cônjuge, chefe e/ou colegas de trabalho; sentir-se sub-remunerado em relação ao trabalho que desempenha; ser obrigado a um estilo de vida que o restringe de realizar outras atividades que deseja; sofrer de uma doença crónica que o limita no trabalho e não dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades do agregado familiar (Serra, 2002).

O *stress* não deve, contudo, ser sempre considerado prejudicial: “em situações intermédias o *stress* é útil porque se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que um indivíduo tome decisões e resolva problemas ajudando-o a melhorar o seu funcionamento e as suas aptidões” (Serra, 2002, p. 16). Selye (1980) citado por Serra (2002), distingue *Eustress* e *Distress*, sendo o primeiro correspondente a situações dinamizadoras e que contribuem para a realização do indivíduo e o último sinónimo de desgaste e improdutividade, tendo por isso uma conotação negativa.

Para Lazarus & Folkman (1991), *coping* representa os esforços cognitivos e comportamentais efetuados pelo indivíduo por forma a lidar com exigências

específicas, internas ou externas, que ultrapassam os seus recursos. *Coping* “não é um traço de personalidade, estável que se aplica às situações de vida em geral” (Ribeiro & Santos, 2001, p. 491). É percebido um processo dinâmico, que implica mudanças em função de avaliações e reavaliações contínuas, fruto da relação estabelecida entre o indivíduo e o meio. No entanto, e de uma forma geral, o *coping* pode ser compreendido tendo em conta dois tipos de estratégias: as estratégias focadas no problema e as estratégias focadas na emoção (Lazarus & Folkman, 1984, citados por Tamayo & Tróccoli, 2002). Para Folkman & Lazarus (1988), citados por, Ribeiro & Santos (2001) existem oito subcategorias das estratégias de *coping*, nomeadamente: *coping* confrontativo, distanciamento, fuga-evitamento, autocontrolo, procura de suporte social, aceitar a responsabilidade, resolução planeada do problema e reavaliação positiva.

As estratégias centradas no problema, dizem respeito à análise e definição da situação, à avaliação do custo-benefício, à aprendizagem de novos procedimentos e recursos, procurando alternativas e soluções aos problemas. Já nas estratégias focalizadas na emoção, o propósito passa pela diminuição do transtorno emocional gerado por uma situação *stressante*, conjugando-se os esforços para manter a esperança e o otimismo e negar, tanto a situação quanto as suas consequências (Tamayo & Tróccoli, 2002; Rodrigues & Chaves, 2008). Este tipo de estratégias são caracterizadas por processos defensivos como evitar, distanciar-se e procurar encontrar aspetos positivos em eventos negativos, como forma de diminuir a importância emocional do *stressor*.

A escolha da estratégia de *coping* é condicionada pelos recursos internos e externos do indivíduo, nomeadamente, saúde, crenças, responsabilidade, suporte, habilidades sociais e recursos materiais (Rodrigues & Chaves, 2008). Terry (1994) citado por Tamayo & Tróccoli (2002), relevam ainda a natureza da situação e a forma como o indivíduo a avalia, como determinantes na escolha da estratégia de *coping* a utilizar pelo indivíduo.

Para Serra (2002) a redução do *stress* pode ser concretizada através da alteração da relação do indivíduo com a circunstância, do desenvolvimento das aptidões e dos recursos do indivíduo assim como, da resistência individual ao *stress*.

Hargreaves (2001) citado por Borges & Ferreira (2013) sugere um programa de gestão do *stress* em quatro áreas de intervenção: alterar as causas de *stress* (eliminar as causas, aumentar os recursos, reorganizar a vida e evitar os *stressores*), desenvolver meios de defesa (treino/autodesenvolvimento gestão do tempo, firmeza e comunicação), trabalhar com a mente (criar uma imagem positiva, mudar as convicções irrealistas) e um estilo de vida equilibrado (adotar uma dieta saudável; reduzir o tabaco, álcool e cafeína; fazer exercício regular; ocupar os tempos livres; descontrair-se e dormir melhor).

Stress relacionado com o trabalho

Stress relacionado com o trabalho é amplamente reconhecido como um enorme desafio para a saúde dos trabalhadores e das organizações (WHO, 2003).

NIOSH – The National Institute for Occupational Safety and Health (1999) define *stress* relacionado com o trabalho como as respostas prejudiciais a nível físico e emocional que ocorrem, quando os requisitos do trabalho não compatibilizam com as capacidades, os recursos ou as necessidades do trabalhador, o que pode conduzir a uma saúde precária e danosa.

As circunstâncias indutoras de *stress* no trabalho podem ter origens diversificadas, nomeadamente, a nível psicossocial, físico, químico e biológico (Sacadura-Leite & Uva, 2007).

Porém, também as circunstâncias prévias que circundam o indivíduo fora do local de trabalho, poderão ser *stressores* e estar na base de comportamentos de risco e atitudes e comportamentos disfuncionais, no local de trabalho. A atual conjuntura socioeconómica nacional, caracterizada pela diminuição dos salários, aumento dos despedimentos, perda gradual do poder de compra, dificuldade em conciliar os papéis profissional e familiar e/ou às reestruturações das entidades empregadoras, têm conduzido à desmotivação dos trabalhadores, bem como à redução do estado de saúde e da realização pessoal e profissional dos mesmos (DGS, 2013). Consequentemente, comprometem a eficácia no trabalho e potenciam o desencadear de situações, atitudes e comportamentos disfuncionais no trabalho (ex. quadros de ansiedade, desânimo e de depressão) bem como a adoção de estilos de vida

prejudiciais à saúde do trabalhador a nível de consumos tóxicos, da alimentação, da atividade física e redução do tempo de lazer (DGS, 2013).

O conjunto destes fatores, salientando-se o *stress*, o abuso de substâncias psicoativas e a violência física e psicológica no local de trabalho, pode conduzir a problemas de saúde que poderão refletir-se numa menor produtividade da empresa, por serem sinónimos de acidentes, lesões fatais, doenças e absentismo nos locais de trabalho. Os SSO poderão ter um papel importante nesta matéria, no sentido de prevenir e contrariar as situações descritas (DGS, 2013).

Grazziano (2008) releva ainda o facto de o *stress* relacionado com o trabalho poder conduzir ao desenvolvimento de várias doenças como a hipertensão arterial, doença coronária, além de distúrbios emocionais e psicológicos, como a ansiedade, depressão, baixa auto estima entre outras, repercutindo-se diretamente no desempenho da organização ou empresa.

A intervenção no controlo do *stress* pode ser desenvolvida com recurso a diferentes estratégias. Ramos (2001) citado por Borges & Ferreira (2013, p. 38) defende distintas estratégias de intervenção, que assentam em três áreas principais: “eliminar, reduzir ou adequar fontes de *stress*; reduzir vulnerabilidades/aumentar resistências e melhorar atos de *coping* e assistir, cuidar e recuperar pessoas perturbadas pelo *stress*”. Cornell (1993) enaltece a comunicação de forma aberta e honesta e o saber ouvir de forma atenta, como mecanismos de alívio do *stress*; Mcue & Sachs (1991) defendem os workshops onde haja treinamento de aptidões interpessoais como a criação de prioridades e técnicas de resistência pessoal; Leidy (1992) exalta o saber rir e o uso de sentido de humor no quotidiano e Tsai & Crockett (1993) sublinham as práticas de relaxamento (Serra, 2002). A risoterapia assume-se como uma técnica psicoterapêutica complementar que ajuda a libertar o *stress*, os pensamentos e energia negativos, reduz as insónias e melhora a função pulmonar, por exemplo, em doentes asmáticos, combate problemas cardiovasculares e fortalece o sistema imunológico (Parish, 2005, citado por Videira, 2016).

Estudos foram efetuados onde a musicoterapia - utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), foi uma prática utilizada no sentido de desenvolver potenciais e/ ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, consequentemente,

uma melhor qualidade de vida (Taetsl, Borba-Pinheiro, Figueiredo, & Dantas, 2012). Porém, na especificidade do contexto laboral, uma das estratégias que poderá ser implementada é o relaxamento (Borges & Ferreira, 2013).

Sacadura-Leite & Uva (2007) referem que programas orientados para a promoção da saúde e para a gestão de *stress*, baseados no controlo das emoções ou no suporte social (técnicas de grupos de partilha de emoções, programas de relaxamento, entre outros), são estratégias de intervenção utilizadas pelas organizações para o controlo de *stress*.

Técnicas de relaxamento como intervenção no controlo de *stress*

O relaxamento consiste numa intervenção assente no treino de técnicas específicas como exercícios respiratórios e relaxamento progressivo a fim de obter a resposta de relaxamento (OMS, 2010). Ryman (1995) citado por Payne (2003, p.3) defende uma visão mais alargada de relaxamento, entendido como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. O relaxamento inclui aspetos, tanto do foro psicológico como as sensações agradáveis e ausência de pensamentos perturbadores, como do foro físico, significando alívio de tensão e contração muscular, havendo, porém, uma ligação entre ambos uma vez que “o estado geral aparente de relaxamento pode ser induzido através da utilização de métodos físicos ou psicológicos” (Payne, 2003, p. 3).

O relaxamento prepara o organismo para um estado de calma e repouso, inatividade do comportamento e restauração das modificações fisiológicas eventualmente decorrentes de situações de *stress* (Serra, 2002). O uso repetido de uma resposta de relaxamento previne ou melhora os transtornos mediados pelo *stress*.

Titlebaum (1988) citado por Payne (2003), enfatiza três objetivos do relaxamento, designadamente: como medida preventiva de doenças relacionadas com o *stress*; como tratamento ajudando no alívio de *stress* em condições de hipertensão, cefaleia de tensão, asma, deficiência imunológica e pânico, entre outras; e, finalmente, como competência de lidar com o *stress*, acalmando a mente e permitindo que o pensamento se torne mais claro e eficaz.

Bishop (1994) citado por Serra (2002), constata que o treino de relaxamento é útil para problemas de saúde associados ao *stress*, designadamente, hipertensão, cefaleias associadas à tensão muscular, insónias e sistema imunitário, ajudando as pessoas a sentirem-se melhor.

Payne (2003) sumariza os diferentes tipos de técnicas de relaxamento de acordo com a intensidade, podendo variar em relaxamento “profundo” e “superficial” – Lichstein (1988), e de acordo com metodologia, podendo variar entre métodos físicos ou métodos psicológicos.

Scholz & Campbell (1980) citados por Payne (2003), sublinham que os exercícios baseados em alongamentos reduzem a excitabilidade do centro neuromotor, sugerindo um decréscimo dos níveis de tensão muscular, dor e isquemia. Os alongamentos são utilizados para ultrapassar a tensão que interfere no desempenho ótimo das atividades (Payne, 2003). O propósito maior dos alongamentos é induzir uma sensação generalizada de relaxamento. Cada alongamento deverá ser executado lentamente, mantido por alguns segundos e rapidamente interrompido (Payne, 2003). É normalmente solicitado aos participantes que atentem às sensações que acompanham cada exercício em cada músculo.

A respiração é um processo automático controlado pelos centros no tronco cerebral, contudo, devidamente treinada, constitui um método de indução de relaxamento. A utilização do sistema respiratório como meio para alcançar o relaxamento é uma abordagem claramente aceite e acresce ao facto de as técnicas serem fáceis de aprender e poderem ser realizadas em qualquer local, o que as torna disponíveis em situações de *stress* do quotidiano (Payne, 2003). Existem várias rotinas respiratórias conducentes a estados de relaxamento, nomeadamente, a respiração calma, a respiração profunda, a respiração de meditação e a respiração abdominal (Payne, 2003). A respiração profunda é uma técnica simples e constitui a base de muitas outras capacidades de relaxamento (Townsend, 2011). Uma boa orientação é praticar a respiração profunda durante alguns minutos, três a quatro vezes por dia ou sempre que ocorrer uma situação de tensão (Townsend, 2011, p. 230). A consciencialização da respiração dirige a atenção para o padrão respiratório, colocando o indivíduo em contacto com o processo respiratório, ajudando-o a sentir algum controlo sobre o mesmo (Payne, 2003).

Diversos autores defendem que a combinação de diferentes técnicas de relaxamento e de redução do *stress* parecem ser mais eficazes do que as técnicas isoladas, produzindo efeitos mais poderosos do que uma técnica utilizada de forma isolada (Payne, 2003). No caso das sessões em específico, foram combinados alongamentos e exercícios respiratórios, acompanhados de uma melodia suave e relaxante.

APÊNDICE XVIII

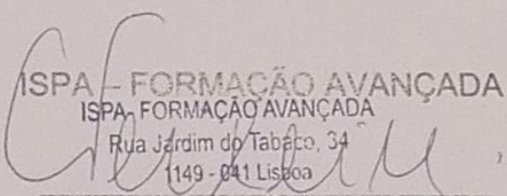
Certificado de frequência *workshop* “Técnicas de Relaxamento”

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Workshop

Certifica que **SÍLVIA SARAMAGO PAIVA**, frequentou o Workshop **Técnicas de Relaxamento**, organizado pelo ISPA – FORMAÇÃO AVANÇADA, no dia 25 de Novembro de 2017, com duração de 7 horas e orientado pela Dra. Filipa Pinto Nunes.

Lisboa, 25 de Novembro de 2017


ISPA – FORMAÇÃO AVANÇADA
ISPA – FORMAÇÃO AVANÇADA
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149 - 041 Lisboa
José A. Carvalho Teixeira
Director

APÊNDICE XIX

Diapositivos da sessão: “Gestão de *stress*: Estratégias Individuais”

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Público Valente

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM TRABALHADORES DE SAÚDE QUE TRABALHEM EM SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO, DE UM HOSPITAL CENTRAL DE LISBOA

Gestão do stress:

Estratégias individuais

ENP^a: Sílvia Saramago Paiva


8^o Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Estágio no Serviço de Saúde Ocupacional do CHLN - HSM




Novembro | 2017

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA




Hospital
Público Valente

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM TRABALHADORES DE SAÚDE QUE TRABALHEM EM SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO, DE UM HOSPITAL CENTRAL DE LISBOA

Gestão do stress

Estratégias individuais

ENP^a: Sílvia Saramago Paiva




OBJETIVOS DA SESSÃO:


- Módulo teórico

- Rever resultados emergentes do diagnóstico de situação de saúde;
- Clarificar conceito de stress;
- Nomear causas de stress;
- Explicar mecanismos de desenvolvimento do stress;
- Nomear consequências do stress;
- Diferenciar tipos de stress;
- Caracterizar stress no trabalho;
- Nomear mecanismos internos de gestão de stress: coping;
- Nomear estratégias genéricas para a gestão de stress;

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA




Hospital
Público Valente

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM TRABALHADORES DE SAÚDE QUE TRABALHEM EM SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO, DE UM HOSPITAL CENTRAL DE LISBOA

Gestão do stress

Estratégias individuais

ENP^a: Sílvia Saramago Paiva



OBJETIVOS DA SESSÃO:

- Módulo prático

- Entender o relaxamento como estratégia de intervenção no controlo do stress;
- Diferenciar diferentes técnicas de relaxamento;
- Clarificar conceito, benefícios e métodos de realização de alongamentos e exercícios respiratórios;
- Praticar alguns exercícios de relaxamento (alongamentos e exercícios respiratórios);
- Participar numa sessão de relaxamento/meditação.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Público Valente

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM TRABALHADORES DE SAÚDE QUE TRABALHEM EM SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO, DE UM HOSPITAL CENTRAL DE LISBOA

Gestão do stress

Estratégias individuais

ENP^a: Sílvia Saramago Paiva



MÓDULO TEÓRICO



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL

Prevenção de Efeitos da Vida Saudável nos Trabalhadores de Saúde que trabalham nos Serviços de Análises de Saúde em Hospital Central de Lisboa

Drª Sílvia Saraiva Paiva

Diagnóstico de Situação de Saúde

Resultados emergentes da aplicação do questionário EVF

Dominios dos estilos de vida mais afetados

- Trabalho/Tipo de Personalidade;
- Sono/Stress;
- Atividade Física/ Associativismo;
- Nutrição.






CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL

Prevenção de Efeitos da Vida Saudável nos Trabalhadores de Saúde que trabalham nos Serviços de Análises de Saúde em Hospital Central de Lisboa

Drª Sílvia Saraiva Paiva

Diagnóstico de Situação de Saúde

Definição de Prioridades

Stress





CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL


Prevenção de Efeitos da Vida Saudável nos Trabalhadores de Saúde que trabalham nos Serviços de Análises de Saúde em Hospital Central de Lisboa

Drª Sílvia Saraiva Paiva

Gestão do stress: Estratégias individuais

Conceito de stress

Stress



Resposta do organismo quando confrontado com qualquer exigência, que ultrapassa a capacidade de resposta do indivíduo, originando uma perda do equilíbrio, que pode causar efeitos a nível mental e/ ou somático.

(Serra, 2002)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL

Prevenção de Efeitos da Vida Saudável nos Trabalhadores de Saúde que trabalham nos Serviços de Análises de Saúde em Hospital Central de Lisboa

Drª Sílvia Saraiva Paiva

Gestão do stress: Estratégias individuais

Causas de stress

Stress



Eventos agudos

- Acontecimentos traumáticos/ acontecimentos significativos da vida, que têm um início e um fim, delimitados no tempo.

Exemplos: Morte de um familiar e/ou amigo, nascimento de um filho, adoecimento do próprio e/ ou família, divórcio.

Eventos crónicos

- Problemas e assuntos perturbadores, regulares no desempenho dos papéis e atividades diárias de um indivíduo, comportando-se como contínuos.

Exemplos: prazos-limite para a concretização de tarefas; o vasto número de solicitações para cumprir ao mesmo tempo; conflitos com cônjuge, chefe e/ou colegas de trabalho.

(Serra, 2002)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Promoção da Saúde de Vida Saudável em Trabalhadores de Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa
Drª Sílvia Sarmento Paiva

Gestão do stress: Estratégias individuais

Mecanismos de desenvolvimento do stress



(Serra, 2002)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Promoção da Saúde de Vida Saudável em Trabalhadores de Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa
Drª Sílvia Sarmento Paiva

Gestão do stress: Estratégias individuais

Consequências do stress

Individual	Familiar e social	Organizacional e económico
<ul style="list-style-type: none"> Doenças cardiovasculares (hipertensão, enfarte, infarctos cardíacos); Doenças respiratórias; Doenças do aparelho digestivo; Fragilizar o sistema imunitário; Distúrbios psicopatológicos (ansiedade, depressão). 	<ul style="list-style-type: none"> Adopção de estilos de vida prejudiciais a nível de consumo tóxico, alimentação e atividade física precárias; Redução do tempo de lazer. 	<ul style="list-style-type: none"> Acidentes de trabalho; Lesões físicas; Absentismo nos locais de trabalho.

(Serra, 2002; Graciano, 2008)

Direção-Geral da Saúde (2013)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Promoção da Saúde de Vida Saudável em Trabalhadores de Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa
Drª Sílvia Sarmento Paiva

Gestão do stress: Estratégias individuais

Tipos de stress

"Em situações intermédias o stress é útil porque se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que um indivíduo tome decisões e resolva problemas ajudando-o a melhorar o seu funcionamento e as suas aptidões"

(Serra, 2002, p. 16)

Eustress

- Promove o desenvolvimento pessoal;
- Circunscreve-se a determinada circunstância que é ultrapassada com êxito.



Distress

- Centrado na ocorrência;
- Centrado no indivíduo;
 - Perturba prolongadamente a estabilidade do indivíduo.

Selye (1986) citado por Serra (2002)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Promoção da Saúde de Vida Saudável em Trabalhadores de Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa
Drª Sílvia Sarmento Paiva

Gestão do stress: Estratégias individuais

Stress no trabalho

Respostas prejudiciais a nível físico e emocional que ocorrem, quando os requisitos do trabalho não compatibilizam com as capacidades, os recursos ou as necessidades do trabalhador, o que pode conduzir a uma saúde precária e danosa.

The National Institute for Occupational Safety and Health (1989)

Circunstâncias indutoras de stress



Rosário-Lima & Uva (2007)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório de um Hospital Central de Lisboa

Enfª Sílvia Sarmento Paiva

Gestão do stress: Estratégias individuais

Mecanismos internos de gestão de stress: *Coping*

Coping

Esforços cognitivos e comportamentais efetuados pelo indivíduo por forma a lidar com exigências específicas, internas ou externas, que ultrapassam os seus recursos.

Lazarus & Folkman (1984)

Estratégias de Coping: Confronto; Auto controlo; Procura de suporte social; Aceitação da responsabilidade; Resolução planeada de problemas; Distanciamento; Fuga-evitamento e Reavaliação positiva.

Lazarus & Folkman (1984), citado por Sousa (2002)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório de um Hospital Central de Lisboa

Enfª Sílvia Sarmento Paiva

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias genéricas para gestão do stress

Alterar as causas de stress	Desenvolver meios de defesa	Trabalhar com a mente	Tabola de vida equilibrada
<ul style="list-style-type: none"> Eliminar as causas; Aumentar os recursos; Reorganizar a vida; Evitar os stressores. 	<ul style="list-style-type: none"> Treino/ auto desenvolvimento de gestão de tempo, firmeza e comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> Criar uma imagem positiva; Mudar convicções irracionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Adotar uma dieta saudável; Reduzir o consumo de tabaco, álcool e cafeína; Praticar exercício físico regularmente; Criar os tempos livres com um <i>hobby</i> do agrado.

Hargrave (2001) citado por Borges & Pereira (2013)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório de um Hospital Central de Lisboa

Enfª Sílvia Sarmento Paiva

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias de intervenção no controlo do stress

Risoterapia

Técnica psicoterapêutica complementar que ajuda a libertar o stress, os pensamentos e energia negativos, reduz as insónias e melhora a função pulmonar, combate problemas cardiovasculares e fortalece o sistema imunológico.

(Pavich, 2006, citado por Videira, 2016)

Musicooterapia

Utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), no sentido de desenvolver e/ou restabelecer, potenciais funções do indivíduo para que ele possa alcançar uma melhor integração intra/interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

(Teixeira, Costa-Pereira, Aguiar, & Dantas, 2012)

Técnicas de Relaxamento

Intervenções assentes no treino de técnicas específicas como exercícios respiratórios e relaxamento progressivo a fim de obter a resposta de relaxamento.

(Organização Mundial Saúde, 2010)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESEL

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório de um Hospital Central de Lisboa

Enfª Sílvia Sarmento Paiva

MÓDULO PRÁTICO

Gestão do stress: Estratégias individuais

ESSEL

HOSPITAL

Práticas de Saúde

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESELO

Promoção da Saúde e do Bem-Estar nos Serviços de Saúde
Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa
Dra. Sílvia Saraiva Reis

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias de intervenção no controlo do stress

Relaxamento

“Um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”
(Payne (2003) citado por Payne (2003), p.3)

Relaxamento

Dimensão psicológica: sensações agradáveis e ausência de pensamentos perturbadores.

Dimensão física: alívio de tensão e contração muscular

“o estado geral aparente de relaxamento pode ser induzido através da utilização de métodos físicos ou psicológicos”
(Payne, 2003, p. 3)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESELO

Promoção da Saúde e do Bem-Estar nos Serviços de Saúde
Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa
Dra. Sílvia Saraiva Reis

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias de intervenção no controlo do stress:

- Classificação das técnicas de relaxamento

Técnicas de Relaxamento
(Payne (2003))

Metodologia:

- Métodos Físicos;
- Métodos Psicológicos.

Intensidade

- Profundo;
- Superficial.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESELO

Promoção da Saúde e do Bem-Estar nos Serviços de Saúde
Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa
Dra. Sílvia Saraiva Reis

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias de intervenção no controlo do stress:

- Classificação das técnicas de relaxamento

Técnicas de Relaxamento

Metodologia

Métodos Psicológicos:

- Visualização dirigida para objetivos;
- Treino autogénico (Schultz & Luthe, 1969);
- Meditação;
- Hipnose; (...)

Métodos Físicos:

- Relaxamento muscular progressivo (Jacobson, 1938);
- Resposta de Relaxamento (Benson, 1976);
- Exercícios respiratórios;
- Alongamentos;
- Exercício; (...)

Payne (2003)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESELO

Promoção da Saúde e do Bem-Estar nos Serviços de Saúde
Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa
Dra. Sílvia Saraiva Reis

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias de intervenção no controlo do stress:

Técnicas de Relaxamento

Benefícios:

Alongamentos:

- Reduzem os níveis de tensão muscular, dor e isquemia;
- Ajudam a ultrapassar a tensão que interfere no desempenho ótimo das atividades.

Exercícios Respiratórios:

- Técnica fácil de aprender;
- Podem ser realizados em qualquer local.

Payne (2003)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE


ESELO

Promoção da Saúde de Vida Saudável em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa

Dr.ª Sílvia Saraiva Palma

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias de intervenção no controlo do stress:




Técnicas de Relaxamento

Método de realização:

Alongamentos:

- Cada alongamento deverá ser executado lentamente, mantido por alguns segundos e rapidamente interrompido;
- Os participantes deverão estar atentos às sensações que acompanham o alongamento de determinado músculo, aquando do exercício.

(Payne, 2003).



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE


ESELO

Promoção da Saúde de Vida Saudável em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa

Dr.ª Sílvia Saraiva Palma

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias de intervenção no controlo do stress:




Técnicas de Relaxamento

Exercícios Respiratórios

A consciencialização da respiração dirige a atenção para o padrão respiratório, colocando o indivíduo em contacto com o processo respiratório, ajudando-o a sentir algum controlo sobre o mesmo (Payne, 2003).

A respiração profunda é uma técnica simples e constitui a base de muitas outras capacidades de relaxamento. (Townsend, 2011)

"Uma boa orientação é praticar a respiração profunda durante alguns minutos, três a quatro vezes por dia ou sempre que ocorrer uma situação de tensão" (Townsend, 2011, p. 238)



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESELO

Promoção da Saúde de Vida Saudável em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa

Dr.ª Sílvia Saraiva Palma

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias de intervenção no controlo do stress:



Técnicas de Relaxamento

Método de realização:

Exercícios Respiratórios:

- A respiração deve ocorrer ao ritmo natural, com calma e regularidade;
- Deve haver uma continuidade entre a inspiração e a expiração e vice-versa;
- É preferível a inspiração nasal à oral (ar filtrado e aquecido).

(Payne, 2003)




CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

ESELO

Promoção da Saúde de Vida Saudável em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório do Hospital Central de Lisboa

Dr.ª Sílvia Saraiva Palma

Gestão do stress: Estratégias individuais

Estratégias de intervenção no controlo do stress:



Técnicas de Relaxamento

A combinação de diferentes técnicas de relaxamento e de redução do stress parecem ser mais eficazes do que as técnicas isoladas, produzindo efeitos mais poderosos do que uma técnica utilizada de forma isolada (Payne, 2003).

Alongamentos ↔ **Exercícios Respiratórios**




CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, I.P.S. **ESEL** Equipe de Saúde em Trabalho Prevenção da Exatidão da Vida Residencial em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório de um Hospital Central de Lisboa
Dr.ª Sílvia Saraiva Pais

Gestão do stress: Estratégias individuais
Estratégias de intervenção no controlo do stress



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, I.P.S. **ESEL** Equipe de Saúde em Trabalho Prevenção da Exatidão da Vida Residencial em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório de um Hospital Central de Lisboa
Dr.ª Sílvia Saraiva Pais

Gestão do stress: Estratégias individuais
Estratégias de intervenção no controlo do stress



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, I.P.S. **ESEL** Equipe de Saúde em Trabalho Prevenção da Exatidão da Vida Residencial em Trabalhadores da Saúde que trabalham em Serviços de Ambulatório de um Hospital Central de Lisboa
Dr.ª Sílvia Saraiva Pais

Diagnóstico de Situação de Saúde
Referências Bibliográficas

- Borges, E., & Pereira, T. (2013). Reduzindo a Estrutura de Intervenção no Stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12, pp. 37-42.
- Dição-Geral da Saúde. (2012). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) - 2ª Edição 2012/2017*. Lisboa: Dição-Geral da Saúde.
- Gestibson, S. L. (2008). *Resiliência para a redução de stress e burnout em enfermagem hospitalar - Tese de Doutoramento*. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *The Concept of Coping*. In: A. Morav, & R. S. Lazarus, *Stress and Coping* (pp. 103-108). New York: Columbia University Press.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *WHO Manual de Intervenção para problemas mentais, neurológicos e por uso de drogas no contexto de atenção básica à saúde*. *Manual de intervenção mental*. http://www.who.int/mental_health/publications/03_portuguese.pdf
- Pereira, R. A. (2008). *Técnicas de Relaxamento - Um guia prático para profissionais de saúde*. Lisboa: Lusodocência.
- Raposo-Lopes, E., & Uva, A. B. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Revista Saúde & Trabalho - Opção Oficial de Docentes Portugueses de Medicina de Trabalho*, pp. 35-40.
- Santos, A. V. (2008). A avaliação diagnóstica. *Depressão Clínica*, 21, pp. 261-278.
- Santos, A. V. (2008). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Editora do Colégio de São.
- Tamara, G. G., Costa-Pereira, C. J., Aguiar, M. B., & Dantas, R. H. (20 de Julho de 2015). Impacto de um programa de intervenção sobre o stress em enfermeiros de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, pp. 395-397.
- The National Institute for Occupational Safety and Health. (2005). *Stress at work*. Cincinnati: Publication Dissemination, ESD - Office of the Center for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/niosh/publications/>
- Toussaint, M. G. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiatria* (3ª ed.). (Lisboa: Lusodocência).

APÊNDICE XX

Guiões das sessões de relaxamento

A sala do olfacto



Este jogo desenvolve-se em duas fases.

A primeira fase é dedicada ao “aquecimento” e à preparação do jogo que o grupo tem de enfrentar na segunda fase. O animador convida os participantes a relaxarem-se e, se quiserem, a fecharem os olhos.

Após uma breve pausa, dirige-se ao grupo dizendo: “Hoje vamos visitar a casa da percepção. Estavam vocês quando, a certa altura, uma casa desperta a vossa atenção. É a casa dos cinco sentidos. Vocês entram e começam a explorar a casa. Neste preciso momento, encontram-se diante de uma porta. Por cima da porta vêem uma imagem: um nariz: É a sala do olfacto. Abram a porta e entrem. A sala está impregnada de cheiros. Experimentem identificar os cheiros que lá existem (pausa). Escolham o que vos parece mais agradável (pausa). Agarrem nesse cheiro e tragam-no convosco, no vosso corpo e na vossa roupa (pausa). Chegou o momento de deixar a sala. Libertem-se do cheiro que tinham escolhido e saiam pela porta da sala. Mais tarde, podem voltar a visitar a casa da percepção (Pausa). Abram os olhos docemente e espreguicem-se.”

O animador convida os participantes a verbalizarem a experiência que fizeram durante a visita à sala do olfacto. Que cheiros escolheram? Como era o cheiro? Que sensações experimentaram quando sentiram o cheiro escolhido na roupa e no próprio corpo?

Na segunda fase do jogo, o animador propõe um estímulo olfactivo. Apresenta-o numa caixa ou num saco não transparente, de forma a privilegiar somente o aspecto olfactivo.

O estímulo deve apresentar uma certa dificuldade em ser reconhecido. Aconselha-se, por isso, a utilização de especiarias não muito usadas no dia-a-dia ou então, perfumes pouco usuais:

Deixa-se o tempo necessário para que todos tenham a possibilidade de se concentrarem no estímulo olfactivo. O animador, por fim, convida o grupo a verbalizar as imagens e as vivências evocadas pelo estímulo olfactivo.

Treino de Relaxamento Muscular Progressivo

O treino de relaxamento progressivo equivale a aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo e, ao mesmo tempo, a prestar atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento.

O objectivo do treino é ajudá-lo a aprender a reduzir a tensão muscular no seu corpo, para chegar a um nível muito mais baixo do que o seu nível de adaptação habitual e isto, cada vez que assim o pretenda.

É como se tivéssemos um pêndulo parado em posição vertical e quiséssemos mover o pêndulo para a direita. Podíamos empurrá-lo simplesmente nessa direcção. Contudo, seria muito mais fácil e eficaz, puxá-lo primeiro para a direcção oposta e, depois, largá-lo. O pêndulo balouçaria na direcção desejada.

Outra vantagem importante de provocar primeiro a tensão e, depois, libertá-la, é dar-lhe a oportunidade de estar atento e consciente dos efeitos dessa tensão nos vários grupos de músculos. Através deste treino, sentirá um nítido contraste entre a tensão e o relaxamento e terá a oportunidade de comparar directamente as sensações associadas a esses dois estados.

1. Grupo 1: Mão e antebraço e braço.

Vai contrair os músculos da mão e do antebraço direitos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço direito. (10s). Deve sentir a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço. Sente essa tensão? Está bem. Relaxe.

Vamos agora para os músculos do braço direito. Para contrair estes músculos pode empurrar o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrar o cotovelo para baixo e, ao mesmo tempo, para dentro, contra o corpo.

Deve sentir a tensão no braço, sem associar os músculos da mão e do antebraço. Contraia (10s). Forte...Sente a tensão? Ok! Relaxe.

Agora vamos passar para o lado esquerdo, e contrair e descontrair os músculos desse membro, tal como fizemos para o outro lado.

2. Face (testa, nariz e boca)

Concentrar em 3 partes: a testa e a parte alta da face, os músculos da parte central, incluindo a parte superior das bochechas e o nariz, e os músculos da parte inferior da face, isto é, a parte inferior das bochechas, a boca e o queixo.

Começamos então pela parte superior, para contrair esses músculos, pode levantar as sobrancelhas o mais alto possível e sentir a tensão na testa e no centro do couro cabeludo. Contaria. (10s). Espere... Sente a tensão? Bem... Relaxe.

Vamos agora concentrar-nos nos músculos da parte central da face. Para contrai-los, deve fechar fortemente os olhos e ao mesmo tempo, procurar franzir o nariz, levantando-o. Se tem lentes de contacto, o melhor é retirá-las. Contraia. Sente a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas? Ok. Relaxe.

Passemos para a parte inferior. Para contrair estes músculos, pode fechar ou apertar fortemente os dentes e empurrar os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente. Sente a tensão em redor dos maxilares e no queixo?. Espere...Ok. Descontraia.

3. Pescoço

Para contrai-lo é necessário empurrar com força o queixo para baixo, contra o peito mas ao mesmo tempo, evitar que o queixo bata no peito. Pretende-se assim contrapor os músculos dianteiros do pescoço aos músculos da parte inferior. Sente a tensão no pescoço? Não largue! Ok. Relaxe.

4. Peito, ombros e parte superior das costas

Vou-lhe pedir para inspirar profundamente, encher o peito de ar, guardar o ar dentro dos pulmões e, ao mesmo tempo, empurrar os ombros e omoplatas para trás, como se fosse possível tocar com um ombro no outro. Controle. Sente a tensão no peito, ombros e costas? Não respire. Ok. Descontrole-se.

6. Abdômen

Façamos agora aos músculos do abdômen, concentrando-nos no estômago. Para contrair estes músculos, tem de encolher fortemente o estômago, como quando se evita que nos batam com um soco nesse órgão. Vamos. Deve sentir o estômago tenso e apertado. Ok. Relaxe.

8. Coxas

Faça agora para os músculos da parte inferior do corpo, começemos pela coxa direita. Para chegar à tensão, controle a nádega direita, encolhendo-se fortemente. Controle a nádega e a perna. Sente a tensão? Bem... liberte a tensão!

7. Parte inferior da perna

Para contrair, pode empurrar os dedos os dedos do pé para cima, com força, em direção ao tecto (ou à cabeça). Vamos. Sente a tensão na barriga da perna? Ok. Relaxe.

8. Pé

Chegámos ao pé direito. Para conseguir a tensão, volte o pé para dentro e simultaneamente, dobre os dedos. Não é preciso contrair esses músculos com muita força. Vamos. Sente a tensão na planta do pé? Ok. Relaxe.

Vamos agora passar para a coxa, barriga da perna e pé esquerdos e proceder na mesma maneira.

NOTAS:

É importante estar atento às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento nos vários grupos musculares.

É fundamental libertar a tensão imediatamente após o meu sinal. Não deixe a tensão libertar-se gradualmente. Por exemplo, não abra a mão antes de eu dizer "relaxe" ou "descontraia-se".

Depois de ter relaxado um grupo de músculos, convém não mover esse grupo. Portanto, não se mexa na cadeira sem necessidade. Só deve mover-se se isso o ajudar a chegar a uma posição mais confortável.

Alguma pergunta? Vou pedir-lhe para se recostar o mais confortavelmente na cadeira e baixar a luz para haver menos estimulação exterior. Feche os olhos e mantenha-os fechados durante o treino.

Treino de Relaxamento

VISUALIZAÇÃO

A evocação de determinadas imagens exerce um efeito calmante notável. Com a prática, rapidamente conseguirá fazê-las sem esforço, mesmo na fila de trânsito. Imagine lugares idílicos: uma clareira verdejante, uma duna de areia dourada moldada pelo vento, uma cascata no meio de uma floresta. Fixe a sua atenção nas cores mais intensas e respire a plenos pulmões. Escute a natureza: o sopro do vento, o barulho das ondas do mar, o ruído dos pássaros, etc. Procure instalar-se num local silencioso, e tente descontrolá-lo!



- Imagine uma praia, num dia de Sol.....
- Está a chegar à praia através de uma passadeira de madeira e vê o mar imenso, azul, à sua frente.
- Depois de acabar a passadeira, começa a sentir a areia quente nos pés.
- Concentre-se agora no som do mar, no cheiro da maresia, no sol quente, o som das pessoas, ao longe.
- Sente-se relaxado(a), calmo(a), não sente nenhuma parte do corpo tensa.
- Agora, caminha lentamente à beira-mar. Sente a água fresca do mar, em contacto com os pés, com as pernas, sente a areia molhada e fresca enquanto caminha.
- Sente o vento e o sol na cara, no peito, no corpo todo e respira calmamente, tentando aliviar qualquer tensão em cada expiração.
- Concentre-se nos sentimentos de calma, de tranquilidade, de relaxamento e aproveite a sensação desta imagem!!!
- Comece a reformar a consciência do seu corpo. Aperceba-se de como se sentem as suas pernas e da pressão do assento ou do chão por baixo de si. Aperceba-se de como as costas se sentem contra essa superfície. Comece a mexer lentamente os dedos e as mãos e deixe que a sua mente e o seu corpo regressem a esta divisão e a este local. E, quando estiver pronto, deixe que os seus olhos se abram lentamente...e olhe lentamente, à sua volta, para o surpreendente mundo em que habita!

APÊNDICE XXI

Poster: “Gestão de stress: Estratégias Individuais”

Gestão do stress: estratégias individuais



Stress entende-se como a resposta do organismo quando uma exigência é percebida como ultrapassando a capacidade de resposta do indivíduo, originando uma perda da homeostasia, que pode causar efeitos a nível mental e/ou físico.

Como gerir o stress no dia-a-dia?

Alterar as causas de stress

Desenvolver técnicas de coping adequadas

Estilo de vida equilibrado

Relaxamento



"Um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo"

O relaxamento pode ser induzido através da utilização de métodos físicos ou psicológicos. Como métodos físicos incluem-se:

Alongamentos

Benefícios

- Reduzem os níveis de tensão muscular, dor e inchaço;
- Ajudam a ultrapassar a tensão que interfere no desempenho ótimo das atividades.

Método de realização

- Cada alongamento deverá ser executado lentamente, mantido por alguns segundos e rapidamente interrompido;
- Os participantes deverão estar atentos às sensações que acompanham o alongamento da delimitada músculo, aquando do exercício.
- Praticar os alongamentos, duas a três vezes por dia (antes do dia de trabalho, durante a pausa laboral ou após o dia de trabalho).

Exercícios Respiratórios

Benefícios

- Técnica fácil de aprender;
- Podem ser realizados em qualquer local.

Método de realização

- A respiração deve ocorrer ao ritmo natural, com calma e regularidade;
- É preferível a inspiração nasal, à oral (ar filtrado e aquecido);
- Posicione-se confortavelmente e inicie o exercício com uma expiração (pode pousar a mão no abdómen e senti-lo a diminuir);
- Inspirar e deixar o ar entrar nos pulmões, tentando dirigi-lo para a cavidade abdominal, sentindo-a expandir (pode a sua mão);
- Repetir o exercício várias vezes, pensando "para dentro e para baixo", o que ajuda a criar um movimento abdominal natural. Pode também imaginar um balão dentro do seu abdómen, e ao inspirar, irá tentar enchê-lo.
- Praticar a respiração profunda e abdominal, durante alguns minutos, três a quatro vezes por dia ou sempre que ocorrer uma situação de tensão.



Já
relaxou
hoje?



Apêndice XXII

Calendarização das atividades por serviços

CALENDARIZAÇÃO GERAL DAS ATIVIDADES SERVIÇOS A E B – SEMANA 27/11-30/11

DIAS	MANHÃ	TARDE
27/11/2017 – 2ªF	<p><u>08h15-9h</u>: Serviço B – 9 enfermeiros + 2 AO + 2AT (13 pessoas);</p> <p><u>Local</u>: Sala de recobro;</p> <p><u>Recursos</u>: Cadeiras confortáveis para todos os presentes; computador, colunas de som e <i>datashow</i>.</p>	
28/11/2017 – 3ªF	<p><u>08-08h45</u>: Serviço A – 5 enfermeiros+ 1AO+ 1AT – (7 pessoas);</p> <p><u>Local</u>: Sala de reuniões (Piso 2);</p> <p><u>Recursos</u>: Cadeiras confortáveis para todos os presentes, computador, colunas de som e <i>datashow</i>.</p>	<p><u>14h-15h</u>:Serviço B– 3 enfermeiros+ 8AO+ 2AT (13 pessoas);</p> <p><u>Local</u>: Sala de recobro;</p> <p><u>Recursos</u>: Cadeiras confortáveis para todos os presentes, computador, colunas de som e <i>datashow</i>.</p>
29/11/2017 – 4ªF		
30/11/2017 – 5ªF	<p><u>08-08h45</u>: Serviço A – 4 enfermeiros+ 1AO+ 1AT– (6 pessoas);</p> <p><u>Local</u>: Gabinete da Enfª Chefe;</p> <p><u>Recursos</u>: Cadeiras confortáveis para todos os presentes, computador e <i>datashow</i>.</p>	

CALENDARIZAÇÃO GERAL DAS ATIVIDADES SERVIÇO A – SEMANA 15/01-19/01/2018

DIAS	MANHÃ	TARDE
15/01/2018 – 2ªF	<u>08h--8h15</u> : 5 enfermeiros+ 1AO+ 1AT – (7 pessoas) <u>Local</u> : Sala de trabalho/Gab. Enfª Chefe; <u>Recursos</u> : Cadeiras confortáveis para todos os presentes; telemóvel, colunas de som.	
16/01/2018 – 3ªF		
17/01/2018 – 4ªF	<u>08h--8h15</u> : 4 enfermeiros+ 1AO+ 1AT– (6 pessoas); <u>Local</u> : Sala de trabalho/Gab. Enfª Chefe; <u>Recursos</u> : Cadeiras confortáveis para todos os presentes; telemóvel, colunas de som.	
18/01/2018 – 5ªF		
19/01/2018 – 6ªF	<u>08h--8h15</u> : 4 enfermeiros+ 1AO+ 1AT– (6 pessoas); <u>Local</u> : Sala de trabalho/ Gab. Enfª Chefe; <u>Recursos</u> : Cadeiras confortáveis para todos os presentes; telemóvel, colunas de som.	

CALENDARIZAÇÃO GERAL DAS ATIVIDADES SERVIÇO B – SEMANA 22/01-26/01/2018

DIAS	MANHÃ	TARDE
22/01/2018 – 2ªF	08h-8h15: 5 enfermeiros+ 4AO+ 2AT – (11 pessoas) <u>Local:</u> Sala de Recobro; <u>Recursos:</u> Cadeiras confortáveis para todos os presentes; telemóvel, colunas de som.	
16/01/2018 – 3ªF		
24/01/2018 – 4ªF	08h-8h15: 4 enfermeiros+ 4AO+ 1AT– (9 pessoas); <u>Local:</u> Sala de Recobro; <u>Recursos:</u> Cadeiras confortáveis para todos os presentes; telemóvel, colunas de som.	
18/01/2018 – 5ªF		
26/01/2018 – 6ªF	08h-8h15: 4 enfermeiros+ 3AO+ 1AT– (8 pessoas); <u>Local:</u> Sala de Recobro; <u>Recursos:</u> Cadeiras confortáveis para todos os presentes; telemóvel, colunas de som.	

APÊNDICE XXIII

Planificação da sessão: “Gestão de *stress*: Estratégias Individuais”

PLANO OPERACIONAL DA SESSÃO: “GESTÃO DO *STRESS*: ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS” (45 Minutos)

Fases da sessão	Sequência didática	Conteúdos/Temas	Metodologias e Técnicas pedagógicas	Recursos	Tempo
Introdução	Tema	- Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira mestranda; • Técnico de higiene e segurança, licenciado em psicologia – Tiago do SSO; • Objetivos da sessão; • Enquadramento no projeto de intervenção comunitária; • Introdução do tema <i>stress</i>. 	Expositivo	Computador, <i>datashow</i> , cadeiras	5 minutos
		- Caracterização do <i>stress</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Autopreenchimento da escala de <i>stress</i>; • Consciencialização dos mecanismos de <i>stress</i> utilizados individualmente (pedir para escrever o que fazem em situações de <i>stress</i>); 	Interativo	Escala de <i>stress</i> , canetas,	5 minutos

		<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar conceito, benefícios e métodos de realização de alongamentos e exercícios respiratórios; • Coordenar sessão de relaxamento (combinação de exercícios respiratórios e alongamentos em consonância com música calma); 	Demonstrativo; Ativo	Computador, <i>datashow</i> , colunas, cadeiras	5 minutos
Conclusão	Fecho da sessão	- Sessão de meditação com Psicólogo Tiago;	Demonstrativo; Ativo	Computador, <i>datashow</i> , colunas, cadeiras, CD de relaxamento	10 minutos
		- Avaliação da sessão	Ativo	Formulário de avaliação de sessão, canetas	5 minutos

APÊNDICE XXIV

Planificação das sessões de relaxamento

PLANO OPERACIONAL DA SESSÃO DE RELAXAMENTO 1: TREINO DE RELAXAMENTO “SALA DO OLFATO” (15 MINUTOS)

Fases da sessão	Sequência didática	Conteúdos/Temas	Metodologias e Técnicas pedagógicas	Recursos	Tempo
Introdução	Tema	- Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira mestranda; • Enquadramento no projeto de intervenção comunitária; • Objetivos da sessão; 	Expositivo	Cadeiras	1 minuto
Desenvolvimento	Exercícios de relaxamento	- Coordenar sessão de relaxamento: “Sala do olfato”, através de um guião próprio previamente elaborado;	Demonstrativo; Ativo	Cadeiras, <i>Playlist</i> relaxamento; telemóvel, colunas. - Elemento com cheiro ativo agradável (tangerina em bolsa)	7 minutos
Conclusão	Fecho da sessão	- Coordenar sessão de relaxamento combinando exercícios respiratórios com alongamentos, em consonância com música calma); - Avaliação da sessão	Demonstrativo; Ativo	Cadeiras, <i>Playlist</i> relaxamento; telemóvel, colunas. Formulário de avaliação de sessão, canetas.	6 minutos 1 minuto

PLANO OPERACIONAL DA SESSÃO DE RELAXAMENTO 2: TREINO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO (15 MINUTOS)

Fases da sessão	Sequência didática	Conteúdos/Temas	Metodologias e Técnicas pedagógicas	Recursos	Tempo
Introdução	Tema	- Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> Enfermeira mestranda; Enquadramento no projeto de intervenção comunitária; Objetivos da sessão; 	Expositivo	Cadeiras	1 minuto
Desenvolvimento	Exercícios de relaxamento muscular progressivo	<ul style="list-style-type: none"> Coordenar sessão de relaxamento muscular progressivo através de um guião próprio previamente elaborado; 	Demonstrativo; Ativo	Cadeiras, <i>Playlist</i> relaxamento; telemóvel, colunas.	7 minutos
Conclusão	Fecho da sessão	<ul style="list-style-type: none"> Coordenar sessão de relaxamento combinando exercícios respiratórios com alongamentos, em consonância com música calma); <p>- Avaliação da sessão</p>	Demonstrativo; Ativo	Cadeiras, <i>Playlist</i> relaxamento; telemóvel, colunas. Formulário de avaliação de sessão, canetas.	6 minutos 1 minuto

PLANO OPERACIONAL DA SESSÃO DE RELAXAMENTO 3: TREINO DE RELAXAMENTO POR VISUALIZAÇÃO (15 MINUTOS)

Fases da sessão	Sequência didática	Conteúdos/Temas	Metodologias e Técnicas pedagógicas	Recursos	Tempo
Introdução	Tema	- Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira mestranda; • Enquadramento no projeto de intervenção comunitária; • Objetivos da sessão; 	Expositivo	Cadeiras	1 minuto
Desenvolvimento	Exercícios de relaxamento por visualização	- Coordenar sessão de relaxamento por visualização através de um guião próprio previamente elaborado;	Demonstrativo; Ativo	Cadeiras, <i>Playlist</i> relaxamento; telemóvel, colunas.	7 minutos
Conclusão	Fecho da sessão	- Coordenar sessão de relaxamento combinando exercícios respiratórios com alongamentos, em consonância com música calma); - Avaliação da sessão	Demonstrativo; Ativo	Cadeiras, <i>Playlist</i> relaxamento; telemóvel, colunas. Formulário de avaliação de sessão, canetas.	6 minutos 1 minuto

APÊNDICE XXV

Cronogramas das atividades

CRONOGRAMA PLANEAMENTO PROJETO

Atividades		2017												2018											
		S			O			N			D			J			F			M					
Elaboração Do Plano	Diagnóstico de Situação																								
	Definição de prioridades																								
	Fixação de objetivos																								
	Seleção de Estratégias																								
	Preparação operacional																								
Execução do Projeto																									
Avaliação do Projeto																									
Revisão da Literatura																									
Redação do Relatório																									
Estágio com Relatório			25															09							
Redação final do Relatório																			12		02				

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES IMPLEMENTADAS

Atividades implementadas	Meses						
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
- Elaboração de folhetos representativos dos resultados emergentes da aplicação do questionário EVF, para cada serviço;							
- Contacto com as chefias de cada serviço (chefes de enfermagem e diretor do serviço A) e com os AT, para averiguar disponibilidade para agendamento de sessões de entrevista com os grupos profissionais respetivos;							
- Realização de sessões de entrevista com os diferentes grupos de trabalhadores dos Serviços A e B:							
- Pedido de autorização para aplicação da “Job stress scale: Validação da escala de stress profissional em enfermeiros” e respetivos contactos;							
- Revisão da literatura sobre stress e estratégias eficazes na redução do mesmo;							
- Contacto com diferentes realidades para perceber qual as estratégias utilizadas para redução do stress, em cada contexto (Fundação Champalimaud; Instituto Português de Oncologia);							
- Agendamento de entrevistas com peritos na área de gestão do stress (Psicólogo do departamento de Psiquiatria do CHLN-HSM e Psicólogo SSO) para discussão de possíveis estratégias a implementar nos serviços;							
- Autoformação em técnicas de relaxamento através da frequência de um Workshop na área: “Workshop em técnicas de relaxamento” no ISPA;			25/11				
- Reunião com as respetivas chefias e com os AT para averiguar as disponibilidades horárias e a nível de recursos, para agendamento de sessões de formação em estratégias individuais de gestão de stress, com os grupos profissionais respetivos;							
- Sessões de formação em serviço “Gestão de stress: Estratégias Individuais” com os diferentes grupos de profissionais;			27-30/11				
- Aplicação da Escala de Stress Profissional em Enfermeiros – ESPE;							
- Autocaracterização dos mecanismos de coping utilizados no local de trabalho, no quotidiano, pelos trabalhadores que frequentaram a sessão;							
- Avaliação do impacto das sessões de relaxamento a nível do stress, naquele dia, para cada pessoa que frequentou a sessão;							
- Elaboração de posters para afixar em locais estratégicos previamente discutidos com as chefias dos serviços, com as principais técnicas de relaxamento a utilizar no quotidiano;							
- Disponibilização de pen com músicas de relaxamento para entregar a cada serviço;							
- Análise dos dados emergentes da aplicação da ESPE, com recurso ao programa informático Microsoft Office Excel, Versão 2016;							
- Reunião com as respetivas chefias e com os AT para averiguar as disponibilidades para agendamento de sessões de relaxamento;							
- Realização de sessões de relaxamento - intervenções breves, com os diferentes grupos de trabalhadores;					15-19/01		
- Redação do relatório							

APÊNDICE XXVI

Pedido de autorização para aplicação da Escala de *stress* profissional

Cara Prof^a. Dr^a. **Maria da Conceição Rainho:**

Sou aluna do 8º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no âmbito do estágio no Serviço de Saúde Ocupacional de um Hospital Central de Lisboa, onde me encontro a desenvolver um projeto de intervenção comunitária com os profissionais de saúde de dois serviços de ambulatório, de acordo com a metodologia do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), após a primeira fase - Diagnóstico de Situação - o *stress* surgiu como evento com particular relevo junto dos mesmos.

Assim, para que possa caracterizá-lo da melhor forma, para poder intervir o mais adequadamente possível, surgiu o interesse em aplicar a "Job Stress Scale: Validação da Escala de Stress Profissional em Enfermeiros".

Venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a "Job Stress Scale: Validação da Escala de Stress Profissional em Enfermeiros", publicada na revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, no.14 Porto dez. 2015.

Grata pela atenção dispenada,

Enf^a Sílvia Saramago Paiva – silvia.paiva@campus.esel.pt

8º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária

APÊNDICE XXVII

Escala de *stress* profissional

ESCALA DE *STRESS* PROFISSIONAL

Dimensões	Questões	Respostas			
		Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
Sobrecarga	1- <i>Peno</i> que tenho demasiadas tarefas para realizar em simultâneo				
Ambiguidade de papel	2- <i>Peno</i> que a planificação que me disponibilizam, relativamente ao trabalho a desenvolver, é clara				
Sobrecarga	3- Sinto uma sobrecarga de trabalho devido à falta de pessoal				
Contacto com morte e dor	4- Impressiona-me o facto de os utentes não virem acompanhados pelos seus familiares				
Contacto com morte e dor	5- Afeta-me ver como um familiar do utente sofre por ele				
Ambiguidade de papel	6- A informação relativa ao desenvolvimento do meu trabalho, por parte dos superiores hierárquicos, é pouco clara				
Sobrecarga	7- Tenho uma carga de trabalho excessiva devido às necessidades dos utentes que atendo				
Ambiguidade de papel	8- As ordens que me dão são vagas e ambíguas				
Ambiguidade de papel	9- As orientações dos meus superiores hierárquicos são pouco sistematizadas				
Contacto com morte e dor	10- Afeta-me saber que morre um utente, quando acompanho todo o seu processo de doença				
Interação conflituosa	11- Os outros membros da equipa multidisciplinar não me apoiam verdadeiramente, temem que lhes tire o protagonismo				
Interação conflituosa	12- Os outros membros da equipa multidisciplinar dirigem-se em tom autoritário				
Sobrecarga	13- Tenho que atender demasiados utentes				
Interação conflituosa	14- Os outros membros da equipa multidisciplinar culpam-nos dos seus próprios erros				
Contacto com morte e dor	15- Afeta-me bastante a morte de um doente jovem				
Interação conflituosa	16- Os utentes/familiares culpam-nos do que lhes acontece				

APÊNDICE XXVIII

Mecanismos de *coping* utilizados

IDENTIFICAÇÃO DE MECANISMOS INDIVIDUAIS DE *COPING*

(No local de trabalho)

Imagine uma situação de *stress* para si. *Pene*. Descreva o *stressor* (o que lhe causou *stress*). Ex: discussão com colega de trabalho, incompatibilidade com chefia e/ou colegas, dores na coluna cervical e/ou lombar por estar sempre na mesma posição; transferência de utentes pesados; número excessivo de utentes para atender, etc)

Agora, *pene* naquilo que, inconscientemente faz quando enfrenta uma situação de *stress* (exemplo: se chora, se vai comer, se vai desabafar com um familiar/ colega, se vai fumar um cigarro, se enfrenta a pessoa com quem discutiu) – mecanismo interno de gestão de *stress*.

Descreva o mecanismo que inconscientemente utilizou:

APÊNDICE XXIX

**Quadro-matriz de adesão dos grupos profissionais às atividades
implementadas**

Serviços	Variáveis	Categoria Profissional									
		Enfermeiro		AO		AT		Médico		Total	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
A	Total Trabalhadores	15	100	6	100	5	100	18	100	44	100
	Questionário EVF	11	73,3	3	50	5	100	12	66,7	31	70,5
	Divulgação Resultados	12	80	2	3,3	4	80	10	55,5	28	63,6
	Formação “Gestão de Stress: Estratégias Individuais” Nov.	10	66,7	0	0	0	0	0	0	10	22,7
	Sessões de Relaxamento	12	80	0	0	0	0	0	0	12	27,3
B	Total Trabalhadores	13	100	12	100	4	100	15	100	Total	
										N	%
										44	100
	Questionário EVF	12	92,3	10	83	4	100	1	6,7	27	61,4
	Divulgação Resultados	8	53,3	6	50	4	100	0	0	18	40,9
	Formação “Gestão de Stress: Estratégias Individuais” Nov.	10	76,9	8	66,6	1	25	0	0	19	43,2
	Sessões de Relaxamento	11	84,6	5	41,7	1	25	0	0	17	38,6

Serviços	Variáveis	Categoria Profissional									
		Enfermeiro		AO		AT		Médico		Total	
		n	%	n	%	N	%	N	%	N	%
A+B	Total Trabalhadores	28	100	18	100	9	100	33	100	88	100
	Questionário EVF	23	82,1	13	72,2	9	100	13	39,4	58	65,9
	Divulgação Resultados	20	71,4	8	44,4	8	88,8	10	30,3	46	52,3 *65,7%(não contabilizando os médicos do Serviço B – 88-18)
	Formação “Gestão de <i>Stress</i> : Estratégias Individuais” Nov.	20	71,4	8	44,4	1	11,1	0	0	29	33% *52,7% (não contabilizando os médicos 88-33)
	Sessões de Relaxamento	23	82,1	5	27,8	1	11,1	0	0	29	33% *52,7% (não contabilizando os médicos 88-33)

APÊNDICE XXX

Quadro de resultados da aplicação da Escala de Stress Profissional

QUADRO SÍNTESE RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESPE

Dimensões	Média ponderada Serviço A	Média ponderada Serviço B
Contacto com morte e dor	3,25	3,73
Sobrecarga	2,78	3,12
Ambiguidade de papel	2,5	2,66
Interação conflituosa	1,98	2,39

APÊNDICE XXXI

Quadro de resultados dos mecanismos de *coping* utilizados

MECANISMOS DE *COPING* UTILIZADOS (POR SERVIÇOS)

Serviços	Estratégias de Coping					
	Problema (Coping Confrontativo Aceitar Responsabilidade Resolução Planeada do Problema)		Emoções (Fuga-Evitamento Distanciamento Autocontrole Reavaliação Positiva)		Procura de Suporte Social	
	N	%	n	%	n	%
A (10T)	5	50	6	60	6	60
B (19T)	8	42.1	8	42.1	12	63.2

MECANISMOS DE *COPING* UTILIZADOS (AMBOS OS SERVIÇOS)

Serviços	Estratégias de Coping					
	Problema (Coping Confrontativo Aceitar Responsabilidade Resolução Planeada do Problema)		Emoções (Fuga-Evitamento Distanciamento Autocontrole Reavaliação Positiva)		Procura de Suporte Social	
	N	%	n	%	n	%
A+B (29T)	13	44.8	14	48.3	18	62.1

APÊNDICE XXXII

Avaliação das sessões

AVALIAÇÃO DA SESSÃO – GESTÃO DE STRESS: ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS

Para poder melhorar futuramente, agradeço que me ajude, preenchendo as seguintes questões:

1. O tema é útil para o meu dia-a-dia:
Sim ☐ Não ☐
2. A sessão foi adequada às minhas necessidades:
Sim ☐ Não ☐
3. A sessão foi conduzida de forma eficaz:
Sim ☐ Não ☐
4. Antes da sessão o meu nível de *stress* era: (0-5)
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
(Nenhum) (Exausto)
5. Depois da sessão o meu nível de *stress* era: (0-5)
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
(Nenhum) (Exausto)
6. O tempo da sessão foi adequado
7. Sim ☐ Não ☐
8. Sugestões

Grata pela sua participação.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO

Para poder melhorar futuramente, agradeço que me ajude, preenchendo as seguintes questões:

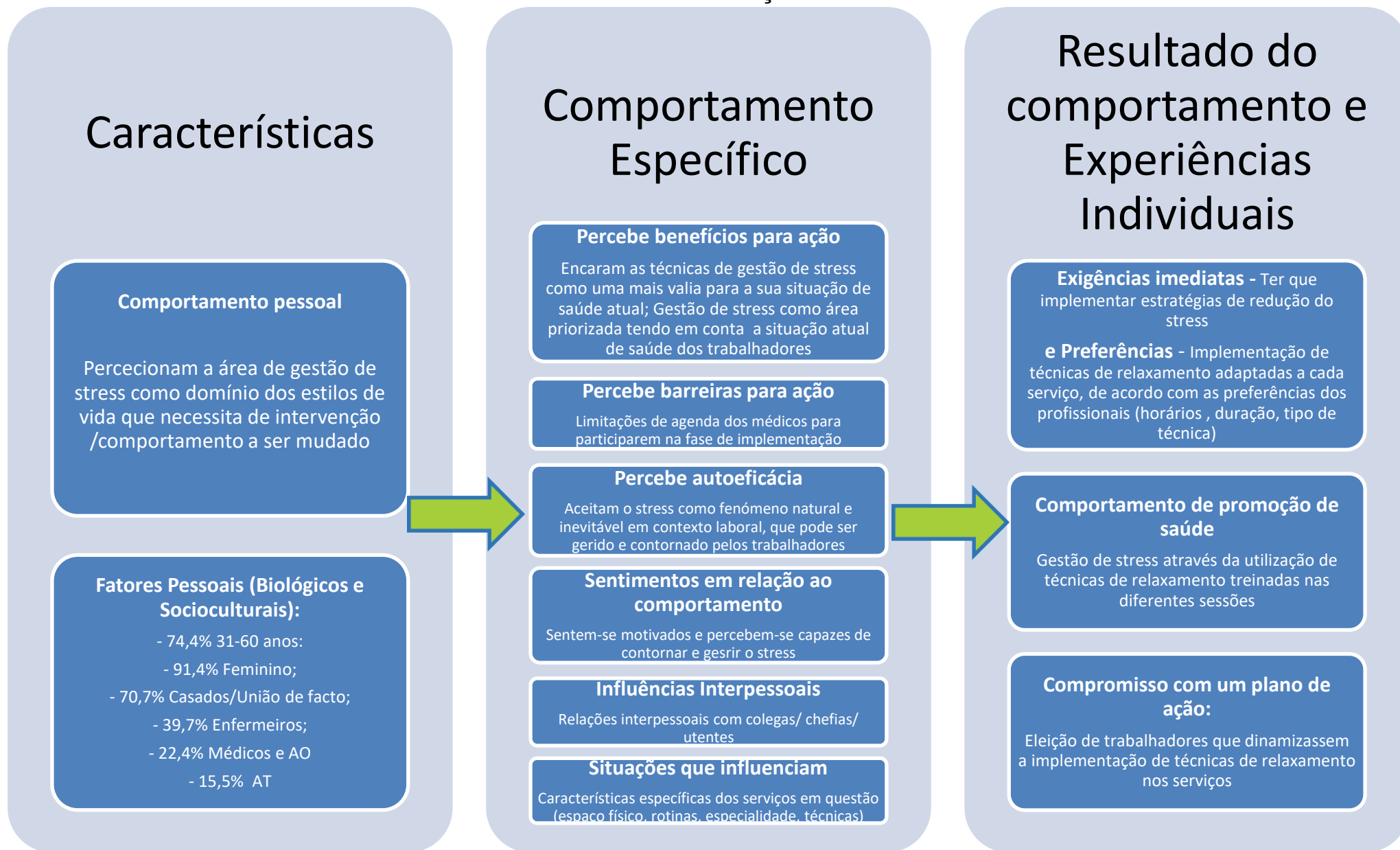
1. O tema é útil para o meu dia-a-dia:
Sim ☐ Não ☐
2. A sessão foi adequada às minhas necessidades:
Sim ☐ Não ☐
3. A sessão foi conduzida de forma eficaz:
Sim ☐ Não ☐
4. Antes da sessão o meu nível de *stress* era: (0-5)
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
(Nenhum) (Exausto)
5. Depois da sessão o meu nível de *stress* era: (0-5)
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
(Nenhum) (Exausto)
6. O tempo da sessão foi adequado:
Sim ☐ Não ☐
7. Frequentei a sessão “Gestão de Stress: Estratégias individuais”:
Sim ☐ Não ☐
8. Considerei útil a afixação do *poster* “Gestão de Stress: Estratégias individuais”:
Sim ☐ Não ☐
10. Considerei importante a distribuição de uma *pen* com uma *playlist* de relaxamento:
Sim ☐ Não ☐
11. Sugestões

Grata pela sua participação.

APÊNDICE XXXIII

**Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Pender, Murdaugh & Parsons
(2015), adaptado à população em estudo**

**DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE PENDER, MURDAUGH & PARSONS (2015) ADAPTADO AOS
TRABALHADORES DE SAÚDE DOS SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO: A E B**



APÊNDICE XXXIV

Folhas de presença nas sessões formativas do SSO, ao longo do estágio



Registo de Acção de Formação

Designação da
Acção:

Sumário: Sessão de formação: "Gestão de Stress: Estratégias Individuais"

Euf. SSO

Nº Mec.	Nome do Colaborador	Rubrica / Assinatura
12368	Isabel Pereira	Isabel Pereira
9616	Isabel Pereira	Isabel Pereira
13928	Isabel Pereira	Isabel Pereira
38525	Ama Freitas	Ama Freitas
24055	Diana Freitas	Diana Freitas
21449	Francisco Fernandes	Francisco Fernandes
20917	Susana Gonçalves	Susana Gonçalves
38779	Helder Santos	Helder Santos
21337	Nana Ana Freitas	Nana Ana Freitas
14450	Rafaela Pereira	Rafaela Pereira
88287	Lúcia Lima	Lúcia Lima
24499	João Raposo	João Raposo
99346	João Raposo	João Raposo
23855	Gary Navarro Morales	Gary Navarro Morales
22324	Léonise U.S. Pereira	Léonise U.S. Pereira
18451	Trigo Neto	Trigo Neto

O Formador: Silvano Pereira

Hora início: 15h

Data: 07/12/2017

Hora de fim: 16h



Registo de Acção de Formação

Designação da
Acção:

Sumário: Apresentação Geral do Recurso do Tratado Euf. Comunidade
"Promoção do Estilo de vida saudáveis e trabalhadores
do serviço de trabalhadores e serviços do Ambulatório, num TCC"
+ - sessão de relaxamento Muscular Progressivo,

Nº Mec.	Nome do Colaborador	Rubrica / Assinatura
34380	Manuela Gomes Ferreira	[Assinatura]
37100	Dr. Gel Maria - grupo de trabalho	[Assinatura]
37230	Roberta dos Santos Coutinho	[Assinatura]
9616	Isabel Maria Gomes da Silva	[Assinatura]
35784	Grace Tamarit	[Assinatura]

O Formador: *Silvia Graça Rêul*

Hora início: 10h

Data: 06/02/2018

Hora de Fim: 10h40



Registo de Acção de Formação

Designação da
Acção:

Sumário: - Apresentação final do Projeto "Promoção ao ensino do VIG
Saúde e os Trabalhadores do sector de Trabalho em
S. Ambulatório, do 1 HCL"

Nº Mec	Nome do Colaborador	Assinatura
12368	Isabel Pereira	Isabel Pereira
9616	Isabel Pereira	Isabel Pereira
31784	Gabriel Tormado	Gabriel Tormado
38525	Ana Sofia Freire	Ana Sofia Freire
16897	Clara Almeida	Clara Almeida
23355	Gary Morales	Gary Morales
20917	Susana Coimbra	Susana Coimbra
11450	Rafael Rocha	Rafael Rocha
38779	Helder Santos	Helder Santos
21449	Manoel Fernandes	Manoel Fernandes
38287	Adriana Lima	Adriana Lima
24499	Fátima André Antunes Raposo	Fátima André Antunes Raposo
19346	António Jorge Sousa	António Jorge Sousa
40158	Olena Shapovalova	Olena Shapovalova
24055	Diana Freire	Diana Freire

O Formador:

Sílvia Rêgo

Hora início: 15:30

Data: 08/02/2018

Hora de fim: 16:00